

Comparación de la atención sanitaria al niño sano entre Churcampa (Perú) y Navarra

Trabajo Fin de Grado

Autora: Iranzu Echarte Ripa

Directora: María Dolores Redín Areta

Grado en Enfermería

Junio de 2015

Universidad Pública de Navarra

Curso 2014/2015

RESUMEN

Las revisiones al niño sano se convierten en una herramienta muy eficaz para promover el desarrollo adecuado y para la detección de problemas para la salud. En los primeros años de vida se produce el mayor desarrollo cerebral, por lo que nos encontramos ante una etapa vital para el correcto crecimiento del ser humano.

Tras la estancia de tres meses en Churcampa(Perú) de la mano de la Universidad Pública de Navarra y MedicusMundi, se lleva a cabo una comparación de la atención prestada al niño sano entre Navarra y la zona andina, con el objetivo de enviar la documentación a la sede de MedicusMundi en Perú.

Palabras clave: niño sano, revisión, guía de actuación, Navarra, Perú

ABSTRAC

Healthy children reviews become a very effective way to promote a good development. Also, it is very effective to detect any health problem. In the first years of life, children make a development of their brain. Because of it, this period is vital for the right growth of the human.

After my stay of three months in Churcampa(Peru), by the of the university and Medicus Mundi association, it is carried out a comparison between Navarre and Peru, and it is about the attention that health professionals give to healthy children. The aim of this writing is to send the documents to Medicus Mundi headquarters of Peru.

Keywords: healthy child, review, action guide, Navarra, Peru

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETIVOS	4
3.	METODOLOGÍA.....	5
4.	SITUACIÓN SOCIO-SANITARIA	7
4.1	Situación Churcampa.....	7
4.2	Situación Navarra	10
5	COMPARACIÓN EN LA ATENCIÓN	12
5.1	Objetivos de la atención.....	12
5.2	Historia clínica y registros.....	13
5.3	Captación de los padres	16
5.4	Visita domiciliaria	17
5.5	Exámenes de salud	19
5.6	Patologías relevantes	35
5.7	Ambiente y entorno	36
6	PROPUESTA DE MEJORA	37
7	CONCLUSIONES	39
8	AGRADECIMIENTOS.....	40
9	BIBLIOGRAFÍA.....	41
10.	ANEXOS.....	46

1. INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida del ser humano son de gran transcendencia ya que en esta etapa el desarrollo y crecimiento del cerebro ocurre a mayor velocidad. Si en este periodo se produce alguna situación que altera el desarrollo, las capacidades del niño pueden verse notablemente afectadas.

Por ello, el control del niño en estos primeros años es una de las estrategias más efectivas para promover un crecimiento adecuado, asegurar el desarrollo de sus capacidades y prevenir posibles complicaciones o enfermedades.

Durante el control de crecimiento y desarrollo de los niños se pueden detectar riesgos e identifican factores determinantes, con el objetivo de prevenir problemas y promover actividades adecuadas para el cuidado del niño. Para ello se utilizan la observación, el examen clínico, la anamnesis o la entrevista.

El control del niño se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial.

- Individual: cada niño es un ser, con características propias, específicas por lo que debe ser tratado y visto desde su propio contexto y entorno
- Integral: aborda todos los aspectos de crecimiento y desarrollo, es decir la salud, el desarrollo psicoafectivo, motor y nutrición
- Oportuna: se realiza en el momento clave para evaluar el crecimiento y desarrollo.
- Periódico: se realiza conforme a un cronograma establecido de acuerdo a la edad del niño. La actuación ante niños con enfermedades crónicas o alteraciones en su desarrollo se adaptará en frecuencia y contenido, a sus necesidades.
- Secuencial: cada control actual debe guardar relación con el anterior, observando el progreso en el desarrollo, especialmente en periodos considerados críticos.¹

Atención primaria constituye un lugar privilegiado para llevar a cabo las revisiones oportunas, a través de actividades asistenciales, preventivas y de educación.²

El trabajo se basa en la experiencia vivida en el verano del 2014 en Churcampa (Perú). Gracias a la beca de formación solidaria concedida por la Universidad Pública de Navarra en el curso 2013-2014, la cual incluía una formación de tres meses en materia de cooperación al desarrollo, tuve la oportunidad de trabajar durante los tres meses de verano en el Proyecto de MedicusMundi Navarra (MMN) y en el establecimiento de salud de Churcampa.

El proyecto de MedicusMundi Navarra se enmarca dentro del modelo de atención en salud integral basado en familia y comunidad (MAIS-BFC), propuesto por el Gobierno de Perú para reformar la asistencia sanitaria.

Se trata de un modelo que va más allá de la asistencia de la enfermedad, trabaja la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el control de riesgos dándole mayor importancia al primer nivel de atención, así como a los determinantes sociales de la salud.

El proyecto actúa sobre la comunidad, la familia y la persona:

- En la comunidad se van a tener en cuenta sus recursos, tanto materiales como humanos, se trabaja con los CONDECOS (agrupaciones de personas relevantes en la comunidad que trabajan para mejorar la salud), con los promotores de salud, los terapeutas tradicionales...
- La familia es la unidad básica con la que trabaja el modelo, ayudándoles a implementar un plan de salud y evaluando en todo momento el riesgo familiar.
- En cuando al individuo se da importancia a que lleve a cabo el PAIS (Paquete de Atención Integral de Salud) de manera adecuada a su etapa de vida, y haciéndoles partícipes de la importancia de sus hábitos de vida para la salud.³

El PAIS es el conjunto de cuidados necesarios para satisfacer las necesidades del individuo según la etapa de vida en la que se encuentre, por lo tanto hay distintos PAIS: del recién nacido, de los 29 días a 12 meses, del niño de 1 año a 4 años y así sucesivamente hasta el PAIS del adulto mayor. En cada uno de ellos, se integrarán aspectos adecuados a la edad del paciente.

Para llevar a cabo este modelo es necesario capacitar al personal de los centros o puestos de salud de cada comunidad. Ellos van a ser los encargados de implementar el proyecto y de trasladarlo a las familias y por ello, una de las labores principales de la ONG es asistencia técnica a estos profesionales. Cuentan con la ayuda de la Red de Salud de la zona andina.

La formación consta de cinco módulos:

- Introducción a la salud individual, familiar y comunitaria.
- Salud familiar.
- Salud comunitaria.
- Gestión y organización.
- Salud individual.

Cada módulo se trabaja en una sesión mensual, que dura todo el día, y consta de una parte teórica y una parte práctica. El mismo módulo se repite en 6 núcleos de población de referencia. Tuve la oportunidad de participar en la implementación de los módulos I y II en varias de las sedes seleccionadas.

Asimismo, pude realizar prácticas en el establecimiento de salud, donde la labor principal se centró en el consultorio de pediatría, ya que se trata de una labor muy definida de la Enfermería en este país. La enfermera es la principal responsable del control del niño, realizando ella sola todas las revisiones y decidiendo cuándo debe derivarse al médico.

Además de trabajar en la consulta, estuve en partos, hospitalización y emergencias, según la necesidad de personal de cada día.

En base a la reflexión sobre la experiencia vivida y el análisis de la documentación sobre el proyecto desarrollado por MMN así como la normativa que enmarca la atención del niño sano en Perú, surgió el planteamiento de analizar esta realidad con la prestada en nuestro entorno.

MedicusMundi Navarra en Perú mostró interés en este proyecto y se llegó al acuerdo de remitir el trabajo una vez finalizado para que dispongan de la información.

2. OBJETIVOS

General:

Basándonos en las diferentes condiciones socio-sanitarias existentes en ambos países, nos proponemos comparar la atención al niño sano en Churcampa (Perú) y Navarra.

Específicos:

- Realizar una búsqueda bibliográfica que permita enmarcar la realidad socioeconómica y de salud en ambas zonas y conocer la normativa que regula la atención al niño sano en Navarra y Perú.
- Describir la situación socio-sanitaria en ambos países.
- Analizar la atención sanitaria prestada al niño sano en una zona rural de Perú, centrándonos en el Paquete de Atención Integral en Salud y en los problemas y dificultades más frecuentes.
- Estudiar la atención sanitaria prestada al niño sano en Navarra, centrándonos en su Plan de Actuación así como problemas y dificultades comunes.
- Valorar las fortalezas y debilidades de ambas guías.

3. METODOLOGÍA

Durante la experiencia de tres meses en Churcampa, se pudieron detectar diferencias en la manera de realizar la revisión al niño sano entre la zona mencionada y Navarra. De esta observación nace la iniciativa de llevar a cabo una comparación de ambos tipos de atención.

En estos meses, se realizó una recogida de los documentos utilizados para el control del niño sano en Perú:

- “Normas Técnicas” de Churcampa
- Registros utilizados:
 - Historia Clínica
 - Formato Único de Atención (FUA)
 - Sistema de Información del Estado Nutricional
 - Cartilla sanitaria

Una vez recogida la documentación necesaria de Perú y ya instalada en Navarra, se llevó a cabo una búsqueda en páginas web con el fin de realizar una aproximación a la situación socio-sanitaria de ambos países, necesaria para conocer el contexto en el que se desarrollan ambas guías y poder comprender en mayor grado las actividades que se realizan en cada revisión.

Se han utilizado las siguientes páginas web, empleando las palabras claves citadas a continuación y seleccionando los documentos según su objetividad y pertinencia:

- Ministerio de salud de Perú (www.minsa.gob.pe):
 - Embarazo adolescente
 - Sistema sanitario
 - Desnutrición
- Instituto nacional de estadística e información de Perú(www.inei.gob.pe):
 - Alfabetismo
 - Genero
 - Renta Per Cápira
- Gobierno regional de desarrollo social (www.regionlalibertad.gob.pe/grds):
 - Violencia
- Turismo Perú
 - Economía
- Instituto nacional de estadística de España (www.ine.es):
 - Paro
 - Renta Per Cápira
 - Esperanza de Vida
- Ministerio de economía, trabajo y sociedad de España(www.mineco.gob.es):
 - Situación socio-sanitaria
- Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad de España(www.msssi.gob.es):
 - Sistema Nacional de Salud
- Gobierno de Navarra(www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra):
 - Inmigración
 - Salud Infantil

Para la elaboración del trabajo fin de grado (TFG) y especialmente el apartado de comparación, se ha llevado a cabo un análisis de las guías de actuación empleadas en la revisión del niño sano.

Los documentos principales utilizados son las “Normas Técnicas Churcampa” de Perú y la guía de actuación “Atención a la población infantil y adolescente” en Atención Primaria, del Servicio Navarro de Salud.

- “Normas técnicas Churcampa” Ministerio de Salud, Perú

En el documento se establece la forma de actuar en cada control sanitario y cómo se deben manejar las posibles complicaciones detectadas. Aparecen a su vez, todos los registros que hay llevar a cabo durante la evaluación.

- “Atención a la población infantil y adolescente” en Atención Primaria, del Servicio Navarro de Salud.

La guía del Servicio Navarro de Salud explica el contenido de cada examen de salud y qué se debe evaluar en cada uno de ellos. Asimismo, el documento contiene 11 anexos entre los cuales se tratan temas como vacunas, visita domiciliaria o salud bucodental.

Para finalizar, se ha utilizado la cartilla sanitaria entregada a cada niño nacido en Navarra, donde aparecen los aspectos necesarios para evaluar el desarrollo del niño o niña.

4. SITUACIÓN SOCIO-SANITARIA

4.1 Situación Churcampa

- La zona rural está ubicada en la sierra central del país, enclavada en las altas montañas de los andes. Tiene una altitud de 3.262m y aproximadamente 40.000 habitantes. Es una de las siete provincias que forman el departamento de Huancavelica.⁴
- Se trata de una de las regiones más deprimidas del país y el 83% de su población vive en estado de pobreza. La mayoría de la población se dedica a la agricultura de subsistencia y su principal producto es la papa, aunque la ganadería es otra de las actividades importantes de la zona^{5,6}. El ingreso per cápita es de 402 nuevos soles (1 euros=3,5 nuevos soles, por lo tanto 114 euros)⁷
- Es necesario comentar la desigualdad que hay entre hombres y mujeres en el ámbito de la educación, ya que mientras el 46,4% de los hombres tiene educación secundaria, solo el 22,4% de las mujeres consigue llegar a ese nivel⁸. El porcentaje de población analfabeta en 2013 es de 14,9%, siendo la segunda más alta del país.⁹
- El acceso a alimentación, educación, vivienda y trabajo son condicionantes en los procesos de salud pero lamentablemente, en la zona rural estudiada se pueden apreciar fuertes desigualdades en el acceso a esos bienes y por ello, la pobreza continúa siendo una realidad.

En 2009, en la zona rural analizada, la primera causa de morbilidad en la población general fueron las enfermedades infecciosas o parasitarias, seguidas de traumatismos y envenenamientos y ocupando el tercer lugar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

En cuanto a mortalidad, las primeras patologías fueron enfermedades infecciosas, continuando con enfermedades del aparato circulatorio, traumatismos y envenenamientos y tumores.⁵

La esperanza de vida se sitúa en 72,1 años para mujeres y 67,6 para hombres, ambos valores por debajo del promedio nacional (76.8 años mujeres y 71,5 años hombres)¹⁰

En el grupo de edad 1-4 años, como primera causa de mortalidad figuran las infecciones respiratorias agudas, siendo los extremos pobres (menos de 155 nuevos soles/mensuales, 44 euros)¹¹ quienes tienen la mayor tasa, como segunda causa se encuentra la septicemia y en tercer lugar, accidentes que obstruyen la vía respiratoria.⁵

Además, en Perú y especialmente en las zonas rurales, se presentan varios problemas:

- Los embarazos en adolescentes muestran una tendencia a incrementarse entre el año 2000 (13%) Y 2013 (13,9), siendo el porcentaje de prevalencia de embarazos adolescentes en Huancavelica de 13,8%. Se trata de un tema con

gran abordaje por parte de los establecimientos de salud, conscientes de los problemas que puede generar.^{12, 13}

- La desnutrición crónica infantil en 2013 alcanzaba el 43,3%, siendo ocho veces mayor que la que puede registrarse en Lima¹⁴. Es evidente, que este problema condicionará las capacidades de estos niños para su futura educación e inserción en el mercado laboral, ya que contribuye en el deterioro neurológico, reducción de la función inmune y en el retraso de crecimiento.¹⁵
- La violencia es otro de los grandes problemas, siendo la pobreza, el machismo y el alcoholismo las principales causas. En toda la región, sólo se pueden encontrar cinco centros de emergencia a la mujer. Desde enero hasta septiembre del 2011 se registraron 515 casos de violencia familiar, sin embargo no son cifras representativas de la magnitud del problema, ya que únicamente el 20% de las mujeres que sufren violencia familiar acuden en busca de ayuda.¹⁶

La estructura sanitaria en Perú es distinta a la de España, ya que consta de tres niveles sanitarios, a su vez divididos en distintas categorías. El departamento de Huancavelica cuenta con un sólo hospital, 45 centros de salud y 279 puestos de salud.¹⁷

A continuación se muestra, de modo esquemático, el personal que compone cada establecimiento sanitario en Perú:

CONTENIDO	NOMBRE	PERSONAL QUE LO COMPONE
I-1	Puesto de Salud	Contará, como mínimo, con un técnico en enfermería (equivalente a auxiliar de enfermería) y puede adicionalmente contar con una enfermera y/o obstetriz (matrona).
I-2	Puesto de Salud con médico	Médico general, enfermera, obstetra y técnico de enfermería.
I-3	Centro de Salud sin internamiento	Médico general, enfermera, odontólogo, obstetra, técnico en enfermería, técnico en laboratorio, técnico en farmacia y técnico en estadística.
I-4	Centro de Salud con internamiento	Médico general, médico de la especialidad de pediatría o gineco-obstetra, enfermera, odontólogo, obstetra, técnico en enfermería, técnico en laboratorio, técnico en farmacia, técnico administrativo y técnico en estadística. Puede haber químico farmacéutico y psicólogo.
II-1	Hospital I	Médico internista, pediatra, gineco-obstetra, cirujano general, anesthesiólogo, odontólogo, psicólogo, enfermera, obstetra, asistente social, nutricionista,

		químico farmacéutico, tecnólogo medico (en laboratorio, terapia física y radiología), técnico en enfermería, técnico en laboratorio, técnico en farmacia, técnico administrativo y técnico de estadística.
II-2	Hospital II	A lo anteriormente citado, se añadiría: cardiólogo, médico especialista en rehabilitación, neurólogo, neumólogo, gastroenterólogo, reumatólogo, psiquiatra, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, traumatólogo, urólogo, patólogo clínico, radiólogo y anátomo-patólogo.
III-1	Hospital III	A lo anteriormente citado, se añadiría: dermatólogo, endocrinólogo, hematólogo, infectólogo, oncólogo, cirujano oncólogo, cirujano de tórax y cardiovascular, cirujano plástico, cirujano de cabeza y cuello, neurocirujano, neonatólogo, nefrólogo y emergenciólogo.
III-2	Instituto especializado	Alta capacidad resolutive en un área especializada o etapa de vida. Propone normal, estrategias o innovación científico técnica a través de docencia, investigación y prestación de servicios sanitarios altamente especializados.

Tabla 1. Estructura Sanitaria Perú. Elaboración propia. Fuente: Categorías de establecimientos de sector salud ¹⁷

4.2 Situación Navarra

- El balance de la economía navarra consiguió un pequeño incremento del 1,6% en el año 2014, tras el retroceso de los años anteriores. La renta per cápita en Navarra en el año 2014 fue de 28.124 euros, algo más alta que en 2011 y 2012 que se encontraba en 27.900 euros, pero más baja que años anteriores, donde se alcanzó en 2008 hasta 30.128 euros.^{18, 19}

En cuanto a los sectores, exceptuando el sector primario, que registró un incremento, aumentando la renta agraria así como las producciones vegetales, el resto de ramas de actividad redujeron su producción (industria y servicios). El empleo en Navarra tuvo un ascenso en el último año. La tasa de paro en el primer trimestre del 2015 se situó en 15,66%, siendo más baja que en el año 2013 (llegó al 18,98%) pero más alta que en el 2011, cuándo se situaba en el 11,75%.^{20, 21}

- En España, el acceso a la educación es un derecho constitucional y la enseñanza básica es obligatoria y gratuita.²²
En educación, hay dos problemas claramente diferenciados: el fracaso escolar y la alta proporción de jóvenes de 15 años que no alcanzan un nivel mínimo en las competencias básicas para el aprendizaje. En Navarra los resultados son mejores que otras comunidades, siendo de un 12% en 2011, la más baja de España.^{20, 23, 24}
- Por otra parte, la sanidad es un elemento crucial del estado del bienestar. El principal problema es el cambio en las actitudes hacia el Sistema Nacional de Salud que ha creado inquietud sobre el funcionamiento y perspectivas del sistema sanitario público.

La tasa de mortalidad en las patologías de alta prevalencia (cáncer, diabetes, cardiopatía isquémica y enfermedad crónicas del aparato respiratorio) muestra un descenso. Sin embargo, han aumentado las enfermedades mentales, debidas en parte, por las altas tasas de desempleo.²⁰

La esperanza de vida se sitúa en 85,6 años para mujeres y 80 para hombres, dos puntos por encima de la media europea.^{25, 26}

La equidad en el acceso al servicio sanitario es otro de los cambios que se han dado en los últimos tiempos, ya que los extranjeros en situación administrativa irregular quedaron fuera del sistema, salvo urgencia por enfermedad grave o accidente y embarazo o parto²⁰.

El Sistema Nacional de Salud se divide en dos niveles asistenciales:

- Atención primaria: formado por médicos de familia, pediatras, enfermeros y personal administrativo, pudiendo disponer también de fisioterapeutas, matronas y trabajadores sociales. Es la primera línea de atención al paciente.
- Atención especializada: se presta en hospitales o centros de especialidades. En ellos, se encontrarán todas las especialidades médico-quirúrgicas, dependiendo del hospital o centro.²⁷ Atendiendo a su finalidad asistencial, los hospitales se clasifican en:
 - General: destinado a la atención de pacientes afectados por distintas patologías y que atiende a las áreas de medicina, cirugía, obstetricia y ginecología y pediatría. También se considera general cuando, aun faltando alguna de las áreas, no se realiza una actividad asistencial determinada.
 - Si la asistencia se centra en determinadas patologías, el hospital tiene la consideración en función de estos: oncológico, traumatología, psiquiátrico...
 - Cuando la actividad fundamental es cirugía, obstetricia y/o pediatría se considera: quirúrgico, maternal y/o infantil.
 - Si se dedica a la atención de enfermeros de edad avanzada o que requieran estancias prolongadas, se considera geriátrico y/o larga estancia
 - Los hospitales que no tienen cabida en las clasificaciones anteriores, se denominan de otra finalidad.²⁸

5 COMPARACIÓN EN LA ATENCIÓN

A continuación, se describen los distintos apartados contemplados en ambas guías de actuación, resumiendo al final de cada uno, las diferencias detectadas entre Churcampa y Navarra.

5.1 Objetivos de la atención

Los objetivos de la atención sanitaria son los que guiarán la forma de actuar en el establecimiento de salud y varían dependiendo del país. A continuación se muestran los objetivos de la zona andina de Perú y los de Navarra, tal y como aparecen en sus programas de atención, “Normas técnicas” en Churcampa y “Atención a la población infantil y adolescente” en Navarra.

Churcampa

En la zona rural de Perú, el objetivo principal es mejorar el desarrollo integral de la población infantil, utilizando una evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo, promoviendo la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos del crecimiento y desarrollo, para su atención y referencia oportuna, promoviendo prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario.

Objetivos:

- 1- Establecer los estándares de procedimientos para la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño.
- 2- Promover el crecimiento y desarrollo temprano del niño con enfoque de derechos, interculturalidad y equidad.
- 3- Contribuir a la disminución de la malnutrición infantil y la prevalencia de trastornos del desarrollo psicomotor en los menores de 5 años, identificando e interviniendo de manera oportuna en los factores condicionantes de la salud, nutrición, desarrollo y crianza del niño.
- 4- Fortalecer las prácticas saludables: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los dos años, alimentación complementaria a partir de los 6 meses, lavado de manos.
- 5- Promover el desarrollo de competencias físicas, cognitivas, emocionales y sociales del niño a través de la estimulación temprana.
- 6- Promover el buen trato, los vínculos afectivos y las prácticas de crianza humanizada entre los padres, cuidadores y los niños o niñas.
- 7- Detectar precozmente, atender y referir de manera oportuna los riesgos, alteraciones y trastornos del crecimiento y desarrollo del niño.
- 8- Fomentar la participación de los padres en los procesos de evaluación del crecimiento
- 9- Fortalecer el seguimiento a través de la visita domiciliaria y la implementación de la vigilancia en la comunidad.

- 10- Fortalecer la referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención de salud.
- 11- Promover la salud, el crecimiento y desarrollo en todos los niños a partir del involucramiento e iniciativas de los actores locales sociales.¹

Navarra

Objetivo principal:

Mejorar la salud de la población infantil a través de las actuaciones integrales, sistemáticas y coordinadas de los profesionales de los centros de salud...

Específicos:

- 1- Detección precoz de alteraciones susceptibles de prevención y tratamiento, así como de factores de riesgo que puedan incitar en futuras enfermedades.
- 2- Prevención y control de enfermedades infecciosas. Conseguir una cobertura de vacunación óptima según el calendario establecido.
- 3- Promover una correcta alimentación para cubrir las necesidades del niño, posibilite un correcto crecimiento y desarrollo y prevenga trastornos que derivan de una alimentación inadecuada.
- 4- Promoción de hábitos de vida sanos especialmente ejercicio, higiene general y dental, alimentación... favoreciendo el autocuidado, bienestar y toma de decisiones autónomas según edad.
- 5- Contribuir a la socialización del niño ayudando a los padres en la prevención de alteraciones físicas, comportamentales y psicológicas y favoreciendo el desarrollo personal y social.
- 6- Contribuir a una detección precoz del riesgo psicosocial con la finalidad de lograr un tratamiento correcto y oportuno.

- ✓ Como se puede observar, en cada país los objetivos están orientados a sus propias necesidades y situación socio-sanitaria.

En ambos países se trabajan los temas de prevención y promoción de la salud, estando los objetivos de Navarra más centrados en estos temas.²⁹

5.2 Historia clínica y registros

La manera de registrar en ambos países es distinta. En *Churcampá* es necesario rellenar los siguientes documentos en papel, ya que no existe historia clínica informatizada:

- Al nacer un niño, se le abre una historia clínica en la se recoge información sobre: (AnexoI):
 - Datos generales: nombre y apellidos, lugar de nacimiento y domicilio y datos de los padres (nombre, apellidos, edad, grado de instrucción, ocupación, DNI...)
 - Datos del embarazo y del parto: complicaciones, lugar en el que se ha llevado a cabo el parto...
 - Nacimiento: peso, talla, perímetro cefálico y torácico, Apgar....
 - Datos de la vivienda: si tiene agua potable y desagüe
 - Antecedentes familiares

Estos son los datos que se rellenan en el momento de nacer y durante los siguientes controles se cumplimentarán los demás apartados: inmunizaciones, alimentación, control de crecimiento, tamizaje de violencia familiar, problemas y necesidades, sesiones educativas y demostrativas...³⁰

- Tras cada control, la enfermera debe rellenar el FUA (Formato Único de Atención) (Anexo II). En este documento aparecen los datos del establecimiento y del profesional que lleva a cabo el control, así como los datos del niño (nombre y apellidos, sexo, fecha de nacimiento, peso, talla). Se apunta el tipo de atención que se ha prestado (intra: dentro del establecimiento sanitario o extramural: en el domicilio) y las actividades que se han llevado a cabo.

Cada actividad tiene un código numérico distinto, por lo que es necesario rellenar un FUA por cada servicio prestado. Por ejemplo, el control de crecimiento y desarrollo en niños menores (0-4 años) es el código 001, suplemento de micronutrientes el 007 y la consejería nutricional el 005, por lo tanto si en una misma revisión se realizan estas tres actividades, se deben rellenar tres FUAS distintos, únicamente cambiando el número de actividad.

A parte de ello, según la actividad prestada se deben rellenar unos apartados del FUA u otros (si se ha realizado una consejería nutricional o no, si se ha puesto una vacuna...) ³¹

- Además de lo comentado, tras la revisión a cada paciente hay que registrarlo en el Sistema de Información del Estado Nutricional(Anexo III), donde se debe apuntar el número de historia, sexo, edad, peso y talla, número de controles, qué tipo de afiliación tiene, provincia, distrito, localidad y el número de consejerías nutricionales, demostrativas y visitas que recibió el mes anterior.³²

- A la vez, se debe cumplimentar la cartilla (AnexoIV) del niño o de la niña. En ella, se rellena la gráfica tanto de peso-edad como de talla-edad y se va valorando si el desarrollo es óptimo o no.

Además, se realiza la evaluación del desarrollo psicomotor y se registra en la cartilla. Para cada edad del niño, es necesario que cumpla unos determinados ítems. Por

ejemplo, para los 6 meses, el niño o la niña debe ser capaz de girar sobre su cuerpo fácilmente, coger un objeto en cada mano, mirar cuando cae un objeto y comprender las palabras “ven” o “chao”, por lo que se les va preguntando y anotando con una X si lo realiza o no.

A parte de ello, se le apuntan las vacunas que se le hayan administrado para poder llevar un control de ellas, simplemente apuntando la fecha de administración en el recuadro correcto.

A los padres se les entregará la cartilla, de color rosa si se trata de una niña y de color azul si es un niño y ellos serán los responsables de traerla en cada control, para poder evaluar el crecimiento y desarrollo de su hijo. Se les apunta muy claro el día de la próxima cita y se les intenta recordar varias veces durante la visita. El documento incluye, asimismo, pequeños consejos nutricionales y que aspectos debe desarrollar su hijo según la edad en la que se encuentre.³³

En *Navarra*, en el momento de nacer, se abrirá una historia clínica informatizada (HCI), en la que se registrarán los primeros datos del recién nacido y a partir de ese instante, todos los datos relativos a su salud serán apuntados en ella, según especialidad.

A los padres se les entregará una cartilla sanitaria muy completa, que recoge información sobre:

- Fecha de nacimiento, ciudad y hospital
- Embarazo: normal, controlado y si ha habido problemas
- Parto: término, semanas de gestación, problemas...
- Sobre el recién nacido: sexo, peso, talla, perímetro cefálico y torácico y peso al alta. Además, se puntúa como normal, patológico, observación o referido a especialista los siguientes aspectos: exploración general, caderas, cuello/clavículas, testículos y pies.
- A su vez, se rellena si ha recibido la vitamina K y la profilaxis ocular, cuándo ha expulsado meconio y si se ha realizado la prueba del talón para detectar la fenilcetonuria o el hipotiroidismo, así como si se ha tenido que vacunar de hepatitis B. También aparece el resultado del test de otoemisiones acústicas.
- Tipo de lactancia que piensa seguir.

La familia rellena la historia familiar, con el nombre del niño, dirección y datos de la madre, padre y hermanos (nombre, año de nacimiento y estado de salud) y junto al pediatra rellena si existen alergias a medicamentos o alimentos y enfermedades crónicas o datos críticos familiares (alergias, intolerancias digestivas, convulsiones, nefro, hepato o cardiopatías, neoplasias o diabetes).

Durante el desarrollo del niño, es importante ir rellenando el apartado de nutrición e introducción de alimentos. Se debe registrar el tiempo que dura la lactancia materna, cuándo comienza a tomar biberón y la edad en la que se va introduciendo la alimentación complementaria. Concretamente, se deben apuntar los siguientes alimentos:

- Alimentos con harina sin gluten
- Frutas

- Puré de verdura y carne
- Harina con gluten
- Pescado
- Huevo
- Legumbres
- Leche de vaca

Además de ello, en cada control se apunta la fecha y los datos somatométricos y se rellenan las curvas de crecimiento con estos datos. Asimismo, se va cumplimentando la sección de las vacunas, registrando cuáles se le han colocado ese día, así como el laboratorio y el lote.

Es conveniente, a su vez, ir completando todo lo relacionado al desarrollo del niño, registrando la edad en la que realiza cada uno de los hitos que aparecen: reacciona a la voz y al ruido, sube escaleras... También se evalúa a través del Test de Denver o la tabla de Haizea-Llevant y se registrará en la historia informatizada de atención primaria.

La cartilla incluye además, un amplio apartado dedicado a la prevención y promoción de la salud, donde aparecen consejos para el correcto cuidado del niño según la edad.

Todo ello se debe registrar en la historia informatizada del niño, en este caso en el programa ATENEA de atención primaria.³⁴

- ✓ En Churcampano existe la historia clínica informatizada, por lo tanto todo se realiza en papel. El número de registros que se rellenan es superior al realizado en Navarra y aparte de ello, al no tener recursos electrónicos, el tiempo que se requiere también es superior.

5.3 Captación de los padres

En la *zona andina de Perú*, una labor primordial de los profesionales sanitarios es la captación de los padres, hacer que se involucren en la salud de su hijo o hija, explicarles desde el momento del nacimiento la importancia de un correcto cuidado de ellos...

Es un aspecto que se trabaja día a día en las consultas. Se lleva un control estricto de los niños que deben asistir cada día a la consulta y en el supuesto de que vean que llevan varias semanas de retraso, se ponen en contacto con ellos o se presentan en sus domicilios. Una vez que consiguen que vayan a la consulta, se les refuerza la necesidad de acudir al siguiente control...

A su vez, se realizan campañas sanitarias con el fin de que los padres se involucren en ellas, acudan a los centros sanitarios a preparar carteles, salgan a la calle a apoyar la causa... y de esta manera, tenga un contacto más directo con el centro y los profesionales y se consiga una mayor adhesión a acudir a las revisiones.

Durante la estancia de tres meses, pudimos observar la realización de la campaña a favor de la lactancia materna y para llevarla a cabo, las madres de niños de hasta dos años acudieron al centro a preparar los carteles. El día de la lactancia, todos juntos

(profesionales y padres y madres), realizaron un desfile por el pueblo a favor de la leche materna y llevaron a cabo distintos juegos en la plaza principal.

En *Navarra*, en líneas generales, no es necesaria esta labor de captación ya que los padres acuden, de forma mayoritaria a las revisiones del niño sano. A pesar de no trabajar en profundidad este aspecto, en la cartilla sanitaria sí aparece la necesidad de acudir a todos los controles aconsejados por el pediatra. Además, se realiza una captación del recién nacido que puede darse de dos maneras:

Captación precoz:

- En el medio hospitalario. Antes del alta a la puérpera se le dará toda la documentación del niño y se le aconsejará ponerse en contacto con su Centro de Salud
- Desde los Centros de Atención a la Mujer
- Al realizar el cribado metabólico
- A través del hospital de referencia que envía una notificación de todos los recién nacidos a cada Centro de Salud

Captación tardía:

- A través de derivaciones de atención especializada
- A través de la consulta a demanda
- Derivaciones de los servicios sociales
- A través de las escuelas infantiles

El objetivo principal es captar de manera precoz al recién nacido en cada zona básica, con especial atención en los grupos de riesgo, para realizar el primer control y programar los siguientes antes de los 15 días de vida

- ✓ La captación de los padres varía dependiendo del país y de la situación socio-sanitaria. En Churcampa, es necesario prestarle mayor atención a este aspecto, ya que todavía no tienen costumbre de acudir a los establecimientos sanitarios y por ello, es necesario trabajar este tema. Se trata de una de las zonas más deprimidas del país, por lo que es de gran importancia el control y seguimiento de los niños.

5.4 Visita domiciliaria

La visita domiciliaria es un recurso muy utilizado en la atención que se le presta al niño en *Churcampa*. Al tratarse de una zona con un nivel socio-económico y cultural bajo, en la cual aún no hay costumbre de acudir a los centros sanitarios para el control del niño y ayudar así, a su correcto desarrollo, en muchos casos son los profesionales quienes deben acudir a los domicilios de las familias para poder controlar el estado de salud de los más

pequeños y poder realizar una revisión de salud. Siempre se realizará una visita domiciliaria si:

- El niño no acude a la cita programada.
- Niños con crecimiento inadecuado.
- Si hay riesgo o trastorno del desarrollo.
- Niños con riesgo social.
- Niños con riesgo o víctimas de violencia o maltrato infantil.

Se trata de una actividad realizada por personal de salud capacitado (médico o enfermera) con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento. El contenido de esta visita variará dependiendo de la familia y de la razón de dicha visita, ya que puede ser desde un control rutinario al niño, como para comprobar el estado de la familia.

Están establecidas las siguientes visitas obligatorias:

- Parto no institucional: el personal sanitario acudirá al domicilio en cuanto tengan constancia del nacimiento y la actividad se realizará en coordinación con el agente de comunitario.
- Si el niño no acude a los controles en el establecimiento de salud: se acudirá a su domicilio a realizar ahí la revisión oportuna.¹

En *Navarra*, sin embargo, está establecida una visita domiciliaria del recién nacido, que la llevará a cabo la enfermera de la unidad de pediatría y que tendrá una duración de 45 minutos.

Se realiza una captación a través del Servicio de Pediatría del hospital y se llamará al domicilio ofertando la visita, en el caso de aceptarla se concertará el día y la hora. Si la familia no considera oportuno que se lleve a cabo, se señalará el motivo en la hoja de registro. El contenido se centrará en cuatro ámbitos:

- Historia: apertura de la historia, cumplimentar datos, screening de metabopatías y vacunación, indicadores de vivienda así como antecedentes familiares
- Valoración/ exploración física: valoración general, color y aspecto de piel, reacciones a la luz y al ruido, secuelas del parto...
- Revisión y cumplimentación de la Cartilla Infantil
- Educación para la Salud: en este apartado se trata:
 - Alimentación del lactante: si se ha decidido tomar lactancia materna, hacer hincapié en los intervalos, técnicas, higiene y alimentación materna y si se ha decidido tomar lactancia artificial, las técnicas correctas para ello.
 - Cuidados higiénicos: de la puerpera y del recién nacido (baño, ropa, sueño, cuidados del ombligo...)
 - Ambiente y clima familiar
 - Promoción de las vacunas
 - Seguridad y prevención de accidentes en el domicilio
 - Peculiaridades no patológicas del recién nacido; manchas, cianosis, temblor...

Exceptuando esta visita, las demás se realizarán en el centro de salud.²⁹

- ✓ En Churcampa es un recurso muy utilizado, ya que se realiza una visita domiciliaria tanto para los partos no institucionales como si el niño no acude a las revisiones. En Navarra, sin embargo, está establecida una sola visita optativa a los recién nacidos.

Es necesario recordar las diferencias socio-sanitarias de ambos países para entender esta diferencia, ya que el número de partos domiciliarios en Perú es elevado, así como la falta de adhesión al establecimiento de salud, por lo que es necesario utilizar este recurso para el correcto seguimiento del niño.

5.5 Exámenes de salud

5.5.1 Funciones de Enfermería

Las funciones y responsabilidades de la enfermera de atención primaria se clasificarían en:

- Clínico-asistencial: promoción y prevención, cuidados...
- Formación o docencia
- Investigación
- Gestión³⁵

En *Churcampa*, la enfermera tiene un claro papel en el control del crecimiento y desarrollo del niño, siendo la principal responsable de ello. La enfermera es el profesional que lleva a cabo sola todas las revisiones del niño sano en el puesto o centro de salud, desde su nacimiento hasta su adolescencia, trabajando todos los aspectos necesarios para el correcto crecimiento: vacunación, prevención, exploración física... Además, tiene la capacidad y la competencia de decidir cuándo debe de ser derivado al médico general. Por lo tanto, si no detecta una situación de riesgo o sintomatología relevante, el niño sólo es visto por la enfermera.

En España y por lo tanto en *Navarra*, la enfermera tiene un papel relevante en atención primaria que se ha visto reforzado con iniciativas y nuevas experiencias en prevención y promoción de la salud, así como en el abordaje de los problemas de autocuidado. Todo ello lo desarrolla en su contexto profesional: centro de salud, domicilios de los pacientes y comunidad.³⁵

- ✓ La labor de enfermería varía dependiendo del país. En Churcampa, la enfermera es la responsable de toda la revisión del niño sano, derivando, según sus propios criterios, al médico. Es la encargada de realizar todos los procedimientos para el control del correcto desarrollo del niño.

En Navarra, la enfermera trabaja unida al pediatra, con un papel muy importante en prevención y promoción de la salud y realizando sola alguna de las consultas.

5.5.2 Número de controles

A continuación, se muestra una tabla donde aparecen el número de controles que se realizan, la edad del niño y quién es el responsable de la revisión. Se pueden observar diferencias en ambos países:

PERIODICIDAD DE CONTROLES DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE 4 AÑOS				
	CHURCAMPÁ		NAVARRA	
Control	Edad del niño	Responsable	Edad del niño	Responsable
1 ^{er} control	7 días de vida	Enfermería	15 días	Pediatra y Enfermero/a
2 ^o control	14 día de vida	Enfermería	1 mes	Enfermero/a
3 ^{er} control	1 mes	Enfermería	2 meses	Pediatra y Enfermero/a
4 ^o control	2 meses	Enfermería	3 meses	Enfermero/a
5 ^o control	3 meses	Enfermería	4 meses	Pediatra y Enfermero/a
6 ^o control	4 meses	Enfermería	5 meses	Enfermero/a
7 ^o control	5 meses	Enfermería	6 meses	Pediatra y Enfermero/a
8 ^o control	6 meses	Enfermería	7 meses	Enfermero/a
9 ^o control	7 meses	Enfermería	9 meses	Pediatra y Enfermero/a
10 ^o control	8 meses	Enfermería	12 meses	Pediatra y Enfermero/a
11 ^o control	9 meses	Enfermería	15 meses	Enfermero/a
12 ^o control	10 meses	Enfermería	18 meses	Pediatra y Enfermero/a
13 ^o control	11 meses	Enfermería	24 meses	Pediatra y Enfermero/a
14 ^o control	12 meses	Enfermería	3 años	Pediatra y Enfermero/a. Trabajador/a social
15 ^o control	14 meses	Enfermería	4 años	Pediatra y Enfermero/a

Tabla 2. Periodicidad de los controles. Elaboración propia. Fuente: Normas técnicas Churcampá¹ y Atención a la población infantil y adolescente²⁹

En Churcampá, a partir de los 14 meses, se realizan los siguientes controles:

- De los 14 meses a los 2 años cada dos meses
- De los dos años a los cuatro: cada 3 meses

En todos ellos, como se ha comentado previamente, la responsable es la enfermera/o y en el caso de detectar algún problema de salud (anemia, déficit de crecimiento...) son derivados al médico del centro de salud.^{1, 29}

- ✓ Como se puede observar, el número de controles es mayor en Perú, estableciendo revisiones con un máximo de tres meses (un total de 31 exámenes de salud antes de los 4 años), mientras que en Navarra se realizan un total de 15 controles hasta la edad comentada.

En Perú, el responsable de todos los controles es enfermería y en Navarra será o pediatría y enfermería, o enfermería exclusivamente.

5.5.3 Actividades en cada control

A modo de esquema, en *lazona rural de Perú*, en los controles de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menos de 5 años se realizan las siguientes actividades:

- Elaboración y seguimiento del plan de atención de salud individualizado
- Evaluación del:
 - Estado de salud; detección de enfermedades prevalentes.
 - Crecimiento y estado de nutrición.
 - Desarrollo psicomotor.
- Identificación de factores de condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo.
 - Consumo de alimentos.
 - Cumplimiento del calendario de vacunaciones.
 - Detección de casos de violencia familiar y maltrato infantil.
- Prevención de acuerdo a la edad del niño y hallazgos: higiene, alimentación y maltrato.
- Pautas de estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño de acuerdo a su edad.
- Prescripción y seguimiento de la suplementación con micronutrientes según el esquema vigente.
- Prescripción de profilaxis antiparasitaria, según el esquema vigente.
- Detección de alteraciones.
- Registro: Historia clínica, FUA, Sistema de Información del Estado Nutricional y cartilla¹

En *Navarra*, los controles se podrían resumir en:

- Evaluación del desarrollo físico y psicosocial.
- Detección precoz de trastornos en el desarrollo estatura-ponderal. Se realiza a través de la medición del peso y talla y se compara con los percentiles de acuerdo a su sexo y edad.
- Evaluación de los cuidados familiares.
- Vacunación.
- Consejos de salud y prevención de accidentes y de enfermedades.

A su vez, se intenta detectar posibles alteraciones, entre las que destacarían:

- Alteraciones visuales y auditivas: ambliopatia, alteraciones de la refracción, hipoacusias...
- Alteraciones psicomotoras: retraso a nivel psicomotor, alteraciones en el aparato locomotor (displasia de cadera o cifosis)³⁶

A continuación se presentan las visitas que componen el control del niño sano en los dos ámbitos del estudio describiéndose, de forma resumida, las actividades realizadas en cada visita. Para facilitar la comparación, se presentan en formato tabla.

ACTIVIDADES A REALIZAR EN CADA CONTROL		
Control	CHURCAMPÁ	NAVARRA
1^{er} control	Edad: 7 días	Edad: 15 días
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia: cumplimentar - Exploración física: estado general (cabeza, cara, cuello, tórax, abdomen, extremidades, genitourinario) somatometría, visión, audición, psicomotor, curvas de crecimiento. En todas las revisiones se realizará la exploración física de la misma manera. - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia: antecedentes personales y familiares, embarazo, lactancia, adaptación al entorno, hábitos (sueño, llanto, excretas). - Exploración física (realizada por pediatría): somatometría, piel, cabeza, oído y boca, cuello, tórax, abdomen, genitourinario, aparato locomotor y neuromuscular - Cumplimentar la Cartilla Infantil - Educación para la salud: alimentación y desarrollo, higiene, clima familiar
2^o control	Edad: 14 días	Edad: 1 mes
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia: completar y resultados de la prueba del talón - Exploración física (realizada por enfermería): peso, talla, PC y evaluación psicomotora - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación y desarrollo, higiene, prevención de accidentes y dudas
3^{er} control	Edad: 1 mes	Edad: 2 meses
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia: completar - Exploración física (realizada por pediatría): somatometría, piel, cabeza, oído y boca, cuello, tórax, abdomen, genitourinario, aparato

		locomotor, desarrollo psicomotor y neuromuscular - Vacunaciones - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación y desarrollo, procesos intercurrentes, accidentes, dudas
4º control	Edad: 2 meses	Edad: 3 meses
	- Historia - Exploración física - Vacunación - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas	- Historia - Exploración física (realizada por enfermería): estado general, somatometría, oculomotricidad, estímulos auditivos y desarrollo psicomotor - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, desarrollo, ambiente, seguridad y dudas
5º control	Edad: 3 meses	Edad: 4 meses
	- Historia - Exploración física - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas	- Historia - Exploración física (realizada por pediatría) - Vacunaciones - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, desarrollo, seguridad y dudas
6º control	Edad: 4 meses	Edad: 5 meses
	- Historia - Exploración física - Vacunación - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas	- Historia - Exploración física (realizada por enfermería) - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, seguridad y dudas
7º control	Edad: 5 meses	Edad: 6 meses
	- Historia - Exploración física - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas	- Historia - Exploración física (realizada por pediatría) - Vacunaciones - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, desarrollo, seguridad, higiene y dudas

8° control	Edad: 6 meses	Edad: 7 meses
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física - Vacunación - Micronutrientes - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física (realizada por enfermería): - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, desarrollo, seguridad, ambiente familiar, higiene y dudas
9° control	Edad: 7 meses	Edad: 9 meses
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física - Vacunación - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física (realizada por pediatría) - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, desarrollo, seguridad, higiene, ambiente y dudas
10° control	Edad: 8 meses	Edad: 12 meses
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física - Vacunación - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física (realizada por pediatría) - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, desarrollo, ambiente, seguridad, higiene, vitaminoterapia, prevención caídas y dudas
11° control	Edad: 9 meses	Edad: 15 meses
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física (realizada por enfermería) - Vacunaciones - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, higiene, seguridad y dudas
12° control	Edad: 10 meses	Edad: 18 meses
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física (realizada por pediatría) - Vacunaciones - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, desarrollo, higiene, seguridad y dudas

13° control	Edad: 11 meses	Edad: 24 meses
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física (realizada por pediatría) - Vacunaciones - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, desarrollo, higiene, ambiente familiar, seguridad y dudas
14° control	Edad: 12 meses	Edad: 3 años
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física - Vacunación - Micronutrientes - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física (realizada por pediatría) - Vacunaciones - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, higiene, ambiente, escolarización, seguridad y dudas
15° control	Edad: 14 meses	Edad: 4 años
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física - Tamizaje violencia familiar - Educación: alimentación, higiene, dudas 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Exploración física (realizada por pediatría) - Vacunaciones: comprobar calendario - Cumplimentar la Cartilla infantil - Educación: alimentación, higiene, escolarización, seguridad y dudas

Tabla 3. Actividades de cada control. Elaboración propia. Fuente Normas técnicas Churcamp¹ y Atención a la población infantil y adolescente²⁹

- ✓ Las actividades a desarrollar en cada revisión son distintas. En Navarra tiene una gran relevancia el apartado de promoción y prevención, siendo un aspecto que no se trabaja en profundidad en la zona andina peruana.

Además, en Perú se realizan actividades de forma establecida (tamizaje de violencia y micronutrientes) que no se llevan a cabo en Navarra, ya que la situación socio-sanitaria es diferente. Churcamp es una de las zonas de Perú con mayor porcentaje de desnutrición crónica y violencia familiar y por lo tanto, los establecimientos de salud deben trabajar estos temas.

A continuación se desarrollan las actividades llevadas a cabo en cada examen de salud:

Exploración física

La exploración física se realiza de manera similar en ambos países. Se lleva a cabo una evaluación general y después específica de cada zona corporal: cabeza, piel, ojos, boca, cuello, tórax, abdomen, columna vertebral, extremidades, genitourinario, ano, locomotor, neuromuscular y desarrollo psicomotor.

En *Churcampa*, este examen físico lo lleva a cabo la enfermera en todas las revisiones, mientras que en *Navarra*, esta exploración la realiza el pediatra.

En *Navarra*, en el caso de que la consulta la realice enfermería exclusivamente, la exploración será más sencilla: evaluación general, somatometría, oculomotricidad, evaluación de estímulos auditivos, desarrollo psicomotor y dentición.^{1, 29}

En ambos países, el trabajo de enfermería es el control de peso y talla y tras la realización de ello, se evalúa el desarrollo del niño a través de las curvas de crecimiento. Es una valiosa herramienta para la detección de problemas de salud.

En los dos casos, las curvas de crecimiento aparecen en la cartilla sanitaria y es ahí donde se van registrando los datos obtenidos una vez realizada la revisión. Las utilizadas en *Navarra* son las curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras que en *Perú* se aplican unas propias para la zona rural.

Al visualizar las curvas de crecimiento utilizadas, se pueden observar diferencias entre unas y otras. En la siguiente tabla se muestran los valores dentro de los percentiles 3-97 (normalidad) para un niño o una niña de 5 años y se puede percibir que varían de un país a otro. En la zona andina de *Perú* se abarcan más valores dentro de los citados percentiles y por ello, las curvas son distintas. (Anexo VI)^{33,34}

VALORES DE LOS PERCENTILES 3-97 EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 AÑOS EN NAVARRA Y CHURCAMP			
		CHURCAMP	NAVARRA
Niño	Edad-talla	95cm-123cm	101cm-118cm
	Edad-peso	12,2kg-29,4kg	14,2kg-23,8kg
Niña	Edad-talla	95cm-123cm	101cm-118cm
	Edad-peso	12,2kg-29,4kg	14kg-24,5kg

Tabla 4. Valores de los percentiles 3-97. Elaboración propia. Fuente: Cartilla de atención integral de salud, *Perú*³³ y Cartilla de Salud, infancia y adolescencia³⁴

- ✓ La manera de realizar la exploración física es similar en Perú y Navarra. En ambos países se lleva a cabo una exploración específica de cada zona corporal, en Perú por la enfermera y en Navarra por el pediatra. En el caso de que la revisión en Navarra la realice enfermería, la exploración es más sencilla.

Evaluación de la visión y audición

La importancia de la evaluación de la visión radica en que la mayor parte del proceso de aprendizaje se da a través de la visión; por lo que es de suma importancia la detección precoz y una oportuna intervención de déficit visual, para conseguir un desarrollo óptimo del niño.

La detección de patologías de la audición como parte del examen físico de los niños se realiza debido a su relación directa con los problemas de aprendizaje y retardo o alteraciones de lenguaje.¹

- Audición

En la *zona rural de Perú*, la audición se evalúa según el comportamiento del niño en relación con el sonido

- De 0 a 6 meses:
 - El reflejo cócleopalpebral, se manifiesta con un parpadeo como respuesta al sonido
 - Al mes, se evalúa si detiene sus movimientos al oír un sonido y a los tres meses si se gira al oír el sonido de una campana.
- A partir de los 6 meses: localiza, diferencia y reacciona ante sonidos con movimientos completo de cabeza, busca con atención la voz de los familiares, el niño responde a su nombre...¹

En *Navarra* en cada examen de salud se revisa la vía auditiva a través del otoscopio, tras realizar al nacer y en el hospital el test de otoemisiones acústicas. A partir de los cuatro años, se realiza una audiometría para la detección de posibles problemas auditivos.²⁹

- Visión

En *Perú*, la evaluación de la visión se realiza a través de distintas pruebas de detección:

- De 6 meses a 4 años se utiliza el reflejo corneal y el test de Cover- Uncover para evaluar el alineamiento ocular
- De 3 años en adelante, se utiliza el test de Snellen (optotipo) para evaluar la agudeza visual¹

En *Navarra*, en los recién nacidos, la visión se evalúa a través de los reflejos foto motores y la exploración física. A partir de los nueve meses y hasta los tres años, se empieza a

utilizar el test de Cover y el Test de Hirschberg y a partir de los tres años, se utiliza el optotipo para la evaluación de la agudeza visual.²⁹

- ✓ En cuanto a la audición, en Churcampa se evalúa a través de las reacciones del niño al sonido, mientras que en Navarra se utiliza el otoscopio y la audiometría, así como el test de otoemisiones acústicas al nacer. Estos materiales no se encuentran presentes en Churcampa.
La evaluación de la visión es similar en ambos países.

Vacunas

En la siguiente tabla se muestran las vacunas administradas en ambos países, según el calendario de vacunaciones vigente:

VACUNAS		
Ciudad	CHURCAMP	NAVARRA
Recién nacido	Tuberculosis Antihepatitis	Antihepatitis: solo a niños con madres portadoras
2 meses	Antipolio Pentavalente (difteria, tosferina, tetanos, influenzae tipo B y Hepatitis B) Neumococo Rotavirus	Antipolio DTP (difteria, tetanos y tosferina)-HB (Hepatitis B) HemophilusInfluenzae b
4 meses	Antipolio Pentavalente Neumococo Rotavirus	Antipolio DTB-HB HemophilusInfluenzae b Antimeningococica
6 meses	Antipolio Pentavalente	Antipolio DTB-HB HemophilusInfluenzae b
7 meses	Influenza	
8 meses	Influenza	

12 meses	Neumococo Sarampión, rubéola y parotiditis	Triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) Antimeningococica
15 meses	Antiamarílica (fiebre amarilla)	Varicela
18 meses	Refuerzo de DPT+Hib	Antipolio DTP HemophilusInfluenzae b
3 años		Triple vírica Varicela
4 años	Refuerzo sarampión, rubéola y paperas	
6 años		Recuerdo de DTP
12-13 años		Tres vacunas de Virus Papiloma Humano, solo a niñas
14 años		Tétanos-difteria tipo adulto

Tabla 5. Vacunas. Elaboración propia. Fuente: Carne de atención integral de salud, Perú³³, Cartilla de Salud, infancia y adolescencia³⁴ y Calendario vacunación Navarra³⁷

- ✓ Se puede observar que las vacunas varían de un país a otro:
 - La vacuna de la tuberculosis no se administra en España, pero sin embargo sí se hace la prueba de Mantoux para detectarla más adelante (se suele realizar en los colegios a los 14 años).
 - La vacuna antiamarílica es obligatoria en Perú y no así en España, donde sólo es necesaria para realizar viajes a determinados países del extranjero.
 - En Navarra:
 - Se administran dos dosis más de DTP
 - La vacuna de la varicela se aplica a los 15 meses en el caso de que no la haya pasado
 - A las niñas se les administra tres dosis de la vacuna del Virus Papiloma Humano.

Suplementación

En *Churcampá* se realizan dos actividades en la mayoría de los controles distintos a lo realizado en Navarra:

Suplementación de hierro:

Se realiza con el objetivo de prevenir la anemia por déficit de hierro, la cual es resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. Se trata de uno de los problemas más comunes en la zona andina de Perú y es necesario tratarlo ya que tiene repercusiones funcionales sobre la capacidad mental, funcional, endocrina o inmunológica.

Además de esta suplementación, es necesario recordar a los padres que el aporte dado por el Centro de Salud no constituye la totalidad del requerimiento, por lo que es necesario promover una correcta ingesta de alimentos ricos en hierro.

A los niños que se encuentran con riesgo de padecer anemia, se les realiza una punción en el dedo para obtener una muestra de sangre capilar y a través de una tira reactiva, se detecta la cantidad de hemoglobina sanguínea. Dependiendo del resultado se le deriva al médico para que ajuste el tratamiento oportuno.

La prueba se les realiza a los niños mayores de 12 meses y en el caso de detectarles anemia, la administración de hierro oral (35 a 40mg. a la semana) se realizará durante 6 meses.^{1, 38}

Suplemento de Vitamina A:

La vitamina A se administra a los niños para reducir la gravedad de las infecciones, favorecer el crecimiento, para un correcto funcionamiento de la visión y para tener mayores perspectivas de supervivencia. Se administra a todos los niños y en la consulta.

Además de esta suplementación, es necesario recordar a los padres que el aporte dado por el Centro de Salud no constituye la totalidad del requerimiento, por lo que es necesario promover una correcta ingesta de alimentos ricos en vitamina A.^{1, 38}

Si el niño acude a todos los controles, la suplementación se daría en los siguientes meses: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 y 54 meses.

Teniendo en cuenta que no todos los niños acuden a la cita programada, en esos casos se lleva a cabo el siguiente esquema:

ESQUEMA SUPLEMENTACIÓN VITAMINA A		
Edad	Dosis	Frecuencia
Niños 6-11 meses	100.000 UI	Una vez cada 6 meses
Niños 12-59 meses	200.000 UI	Una vez cada 6 meses

Tabla 6. Suplementación Vitamina A. Elaboración propia. Fuente: Normas técnicas Churcampa¹

Todos los niños de los 6 a los 11 meses deben recibir una dosis de 100.000 UI y a partir de ahí, cada 6 meses recibir una dosis de 200.000 UI.^{1, 38}

En *Navarra*, sin embargo se pauta *Vitamina D* desde los 15 días de vida hasta el año, pero son los padres los encargados de su administración, el centro de salud no reparte el suplemento. Se debe administrar 6 gotas diarias a los niños.

Además, desde el dentista o pediatra recibirán el suplemento de *flúor*, así como una aplicación de flúor tópico por parte del dentista cada seis meses, debido a que es un mecanismo muy útil para reducir la caries dental.³⁹

- ✓ Según la situación socio-sanitaria y las necesidades de la población, se llevan a cabo unas actividades u otras. Por ello, La suplementación de hierro y vitamina A se realiza en Churcampa y la administración de flúor y vitamina D en Navarra.

Manejo de casos de violencia

En *Churcampa*, durante el control del niño suele ser necesario discutir métodos de disciplina, refuerzos positivos a la buena conducta y establecer acuerdos para mejorar el diálogo entre padres e hijos. Además, se dialoga con ellos sobre los requerimientos, reacciones y los problemas relacionados con cada etapa del desarrollo.

Es muy importante identificar puntos positivos de los padres para reconocerlos, reforzar la autoestima y la competencia.

La detección de casos de maltrato o violencia infantil se debe iniciar con la búsqueda de factores protectores y de riesgo a la hora de abrir la historia clínica. Como debe ser una información actualizada, en cada control es necesario evaluar el vínculo entre padres e hijos y para ello se aplicará la “Ficha de tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar” (Anexo V) con el fin de detectar posibles casos. Al tratarse de un tema comprometido, hay que intervenir con amabilidad y empatía.

A continuación se muestran cuáles son los factores protectores y de riesgo que hay que tener en cuenta de cara a la evaluación del maltrato infantil y violencia familiar:

a) Factores protectores

- Son aquellas prácticas que favorecen la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña o niño como:
 - Dar lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuarla hasta los dos años de edad.
 - Iniciar una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses.
 - Proporcionar cantidades adecuadas de micronutrientes.
 - Garantizar el esquema correcto de vacunación.
 - Promover el correcto lavado de manos.
 - Continuar la alimentación de forma fraccionada y dar líquidos a los niños cuando estén enfermos.
 - Promover la afectividad entre padres e hijos.
 - Los padres deben reconocer los signos de peligro en el niño para el traslado al establecimiento de salud.

- En la vida de un niño, el medio donde mayoritariamente confluyen los factores protectores es la familia, constituyéndose esta en el núcleo y fundamento para el desarrollo integral del niño.

b) Factores de riesgo de maltrato

- Son factores de riesgo, aquellos factores causales o asociados, que alteran de manera significativa la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo en los niños, tales como:

Factores Socioeconómicos culturales

- Pobreza
- Analfabetismo o bajo nivel de escolaridad de los padres
- Saneamiento ambiental deficientes
- Condiciones de vivienda inadecuados
- Edad de la madre (adolescente)
- Carencia afectiva
- Orfandad o situación de abandono social
- Familia disfuncional

Factores nutricionales

- Practicas inadecuadas de alimentación

Factores familiares

- Edad de la madre-embarazo adolescente

Factores postnatales

- Deprivación de afecto y cuidado del niño
- Maltrato infantil, violencia familiar
- Desnutrición severa ¹

- ✓ Se trata de una actividad que se realiza en Perú, ya que el porcentaje de violencia en Churcampa es elevado y es necesario una intervención desde los establecimientos de salud, tanto para la prevención como para su manejo. En Navarra, sin embargo, no se lleva a cabo.

Prevención

La prevención es un proceso educativo que se desarrollará de manera participativa entre el profesional de salud y los padres del niño, con el objetivo de ayudarles a:

- Identificar factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña o niño.
- Analizar los problemas encontrados en la evaluación.
- Identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado del niño de acuerdo a su realidad.

- Establecer un acuerdo negociando sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica.¹

Se focaliza en mejorar las prácticas de cuidado del niño, así como en el uso de recursos disponibles en la familia.

La prevención se trabaja en cada control de acuerdo a las necesidades identificadas (alimentación de acuerdo a la edad, higiene personal, prevención de complicaciones de enfermedades prevalentes, prevención de accidentes, estimulación temprana...) ¹

En *Churcampá*, la prevención se centra especialmente en evitar la desnutrición crónica y la anemia. En la cartilla sanitaria aparecen pequeños dibujos en los que se muestra el porcentaje de alimentos que debe tomar el niño para el correcto crecimiento y desarrollo, diferenciando que alimentos son los correctos para el crecimiento y cuales para la fuerza. Se intenta fomentar el consumo de carnes, pescados y huevos así como de frutas y verduras. Además, se les entrega un folleto (Anexo VII) en el cual aparecen que alimentos se deben incluir en la dieta para prevenir la anemia. A pesar de ello, debido a la economía mayormente agraria de la población, muchas familias no tiene opción de comer huevos o carnes, por lo que realizan una dieta basada en carbohidratos (especialmente patata y arroz), lo cual no ayuda en la prevención de la desnutrición y la anemia.

A la vez que se les enseña que alimentación es más adecuada en los primeros años de vida: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, como ir insertando la alimentación complementaria y como debe ser la alimentación completa a partir de los 24 meses.

Se intenta trabajar al máximo posible el tema de la higiene, recordando a los padres la importancia de ella, fomentando el lavado de dientes después de la comida así como el lavado de manos. Todo ello aparece en un pequeño apartado de la cartilla sanitaria. En cada control se debe orientar a los padres sobre hábitos de higiene oral para la prevención de caries y la importancia de ser evaluados por odontología.

El tema del maltrato físico es otro de los que se intenta tratar día a día en las consultas, preguntándoles sobre el tema y rellenando la “Ficha de tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar” (Anexo 5) si lo consideran oportuno.^{1, 33, 37}

En *Navarra* se le da gran importancia a todo el tema de la prevención y en la cartilla sanitaria aparecen varios consejos. Se tratan los siguientes aspectos, según edad del niño:

- Recién nacido:
 - Alimentación y nutrición: se trata el tema de la lactancia materna, cómo y cada cuánto hacer las tomas, qué debe evitar la madre mientras dure este proceso...
 - Higiene y cuidados generales: la importancia de acudir a los controles de salud, el cuidado del cordón umbilical, como bañar al recién nacido o el tipo de ropa de cama más adecuado.
 - Prevención de accidentes: distintos consejos para evitar que ocurra un accidente, como la fijación de seguridad en el automóvil o la importancia de que los colchones no sean blandos.
 - Promoción del desarrollo: que intenten disfrutar del hijo lo máximo posible o que se dejen ayudar por familiares o amigos, entre otros aspectos.

- Primer año de vida:
 - Alimentación y nutrición: la introducción de los alimentos es el tema más importante, ya que debe hacerse en un orden establecido y bajo la supervisión del personal sanitario, así como la importancia de que la leche materna sea el alimento exclusivo hasta los seis meses.
 - Higiene y cuidados generales: comienzo del calendario vacunal, uso del chupete o cómo realizar el lavado genital.
 - Salud bucodental: uso o no de suplementos fluorados.
 - Prevención de accidentes: consejos tales como dejar fuera del alcance medicamentos o productos de limpieza, utilizar el asiento de seguridad o uso de protectores solares.
 - Promoción del desarrollo: la estimulación del niño o normas de sueño.
- Segundo año:
 - Alimentación y nutrición: crear hábitos correctos de alimentación o cómo tratar la negación del niño a comer.
 - Higiene y cuidados generales: uso de calzado correcto así como de abrigo adecuado, cómo cortar las uñas o la importancia del aseo.
 - Salud bucodental: comenzar el hábito de limpieza de los dientes, pero sin utilizar pasta dental.
 - Prevención de accidentes: medidas de precaución como no dejarle solo en la bañera o utilizar juguetes que no contengan sustancias tóxicas.
 - Promoción del desarrollo: hablarles correctamente y con claridad, ayudarle con el conocimiento del mundo y comenzar a prepararle el futuro control de esfínteres. Durante el segundo año de vida el niño descubre la existencia de límites, por lo que es importante tratar este tema.
- Preescolar: de 2 a 6 años
 - Alimentación y nutrición: el desayuno correcto y suficiente, la importancia de la alimentación variada y aprender a masticar correctamente.
 - Higiene y cuidados generales: deben aprender hábitos sanos, lavado de manos y evitar vicios posturales, entre otros aspectos.
 - Salud bucodental: evitar golosinas y habituarle al cepillado de los dientes, con pastas no excesivamente fluoradas.
 - Prevención de accidentes: educación al niño para que aprenda a conducirse en la calle, se aconseja que aprendan natación y recalcar la importancia de la seguridad en el coche.
 - Promoción del desarrollo: fomentar su seguridad y autoestima, comienzo de la escolarización, control del uso de ordenadores y televisión y favorecer la creatividad.
- Escolar: de 6 a 12 años
 - Alimentación y nutrición: continuar con alimentación variada y mantener criterios correctos de alimentación.
 - Higiene: lavado de manos o crear hábito intestinal
 - Cuidados generales: evitar sobrecarga de peso al ir al colegio y exceso de ruidos.
 - Salud bucodental: cepillado dental y control de caries

- Prevención de accidentes: normas viales básicas
- Promoción del desarrollo: crear hábitos de orden y de trabajo, control de los padres al aprendizaje escolar y no olvidar que los padres son el principal modelo para los hijos.^{29, 34}

✓ En Perú, en cada control, se dan pequeños consejos sobre alimentación e higiene y se trata el tema del maltrato si es necesario, pero no se trabaja más la promoción y prevención de la salud.

En Navarra, sin embargo, es un aspecto clave en la revisión del niño y una labor definida de enfermería, trabajando tanto alimentación e higiene, como prevención de accidentes, promoción del desarrollo o salud bucodental.

5.6 Patologías relevantes

En *Perú* las patologías más relevantes son:

- Infección respiratoria aguda (IRA): no se diferencian IRA de vías altas o bajas. En el caso de detectar sintomatología, se deriva al médico.
- Enfermedad diarreica aguda (EDA),
- Anemia
- Parasitosis

La detección se realiza en cada contacto con el niño, a través de la identificación de signos y síntomas. La anemia y parasitosis, se evalúan a través de exámenes de laboratorio.

La enfermera que realiza el control de crecimiento es la responsable de hacer la solicitud para descartar anemia y parasitosis:

- Dosaje de hemoglobina o hematocrito, para descartar anemia a partir de los 6 meses hasta los 4 años de edad, una vez por año.
- Examen seriado de heces y Test de Graham, para descartar parasitosis a partir del año de edad, una vez por año

El tratamiento y seguimiento de los casos lo realizará el médico.^{1, 38}

En *Navarra*, las patologías más relevantes en atención primaria son:

- Agudas: infecciones (amigdalitis y faringoamigdalitis, gastroenteritis, verrugas, infección del tracto urinario o conjuntivitis, entre otras)
- Crónicas: asma, obesidad, enuresis, patología dermatológica crónica y trastorno por déficit de atención.

La labor de enfermería es necesaria tanto en procesos agudos como en crónicos. La mayoría de los procesos agudos suelen ser banales, pero tanto en esos como en procesos más graves, la enfermera debe de llevar a cabo las técnicas que le son propias y educar a la familia en el cuidado del niño. Hay procesos que resolverá la enfermera, tales como la cura de una herida o el taponamiento del oído y otros que serán derivados al pediatra.

Las enfermedades crónicas suelen tener un seguimiento específico por el especialista, pero no se debe olvidar que la vacunación, la adaptación del niño a su entorno, el aprendizaje y el acompañamiento en su desarrollo son labores de atención primaria.^{40, 41}

- ✓ Las enfermedades prevalentes dependen de la situación socio-sanitaria de cada país. La labor de enfermería en Perú y Navarra es acompañar en este proceso de recuperación, pero además de ello, en Churcampá es la encargada de hacer la solicitud para el descarte de anemia y parasitosis.

5.7 Ambiente y entorno

El ambiente para realizar el control de crecimiento y desarrollo del niño debe estar adaptado a sus características y por ello, se debe utilizar una consulta equipada con la instrumentación propia para el control. Ésta constaría de: balanza pediátrica, infantómetro y tallímetro, cinta métrica, linterna, estetoscopio u otoscopio, entre otros materiales.¹

En ambos países el material utilizado es similar, pero en *Churcampá* el ambiente debe adaptarse a la zona andina donde se encuentra para hacer más llamativa la consulta y que los pacientes se sientan cómodos. Para ello, toda la consulta se decora con mantas propias de la zona, se utilizan carteles en Quechua (su lengua propia), se adaptan los folletos a las necesidades y forma de vida de la población diana... Con esta sencilla medida se consigue que muchas más madres y padres acudan con sus hijos al establecimiento sanitario. Hay que tener en cuenta que la población no tiene costumbre de acudir a los centros o puestos de salud, si no que se apuesta por una sanidad basada en terapias tradicionales, por lo que crear un ambiente adecuado y basado en su cultura es un instrumento necesario para su captación.¹

- ✓ En Perú, existe una clara necesidad de adaptar la consulta a la zona andina para que no constituya un motivo de rechazo y la población acuda con más frecuencia a los establecimientos de salud. Este aspecto, sin embargo, no es necesario trabajarlo en Navarra.

6 PROPUESTA DE MEJORA

A pesar de la distinta situación socio-cultural o económica, en ambos países se realiza un importante esfuerzo para conseguir una atención que garantice el correcto desarrollo del niño sano y minimice los problemas más frecuentes que puedan afectar a su crecimiento.

Tras analizar la atención prestada al niño sano en Churcampa (Perú) y Navarra, se pueden detectar fortalezas en los dos programas, con características que se pueden aplicar a ambas guías de actuación.

Durante las primeras revisiones del niño sano en Navarra, se trabaja la importancia de la *introducción de alimentos* después de los 6 meses de lactancia exclusiva. Se les explica a los padres cómo hay que ir insertando los alimentos y se apunta, a su vez, en la cartilla. En Perú, se intenta trabajar este tema, comentando los beneficios de la lactancia, pero los padres comienzan a darles alimentos antes de la edad oportuna, sin un orden establecido y según los gustos y la demanda del niño.

En Navarra, tal y como se puede observar, un tema de gran repercusión y que se trata con profundidad es la *prevención y promoción de la salud* y por lo tanto, además de lo comentado sobre la introducción de alimentos, las cartillas sanitarias presentan un apartado explícito para la prevención. En él, se explica qué aspectos son claves para el cuidado del niño, adaptados a la edad correspondiente.

Estos aspectos podrían incorporarse a la zona andina de Perú. No hay que olvidar que en su cartilla ya existe un pequeño apartado dedicado a la alimentación e higiene, pero es escaso teniendo en cuenta la trascendencia del tema. Por ello, se plantea como propuesta, que a los padres que acudan a consulta con sus hijos, se les entreguen distintos folletos con consejos preventivos, en modo esquemático o a través de dibujos, para facilitar la comprensión debido a la falta de alfabetización de la población. En ellos se tratarían temas como la prevención de accidentes o la introducción de alimentos. De esta manera, las familias tendrán a mano distintos consejos para el correcto cuidado de sus hijos.

Un posible ejemplo de un folleto sobre prevención de accidentes infantiles en el hogar, sería el tríptico elaborado y mostrado en el Anexo VIII. Se les entregaría a los padres durante los primeros controles del niño en el establecimiento sanitario y en las siguientes revisiones se le preguntaría acerca de ello.

Es importante este último aspecto, ya que la manera más adecuada y rápida de insertar medidas preventivas en la población es consiguiendo que los padres y madres tengan esos consejos en su domicilio, en su día a día y así, en el caso de que se les susciten dudas, puedan aclararlas con el simple gesto de mirar la cartilla. Es un método sencillo, fácil de entender, sin un coste elevado y con el cual se pueden conseguir grandes beneficios para el bienestar del niño.

Otro aspecto sobre el que se propone trabajar, en este caso para los profesionales, sería reducir la *cantidad de registros* a cumplimentar. En la zona rural de Perú se requiere mucho tiempo para rellenar manualmente y uno a uno todos los documentos necesarios, repitiendo los mismos datos en distintos registros. Este hecho resta tiempo e impide incidir en temas educativos o de prevención, ya que tras lo observado en la estancia de

tres meses, para poder realizar todo el control sanitario en el tiempo estipulado es necesario realizar una revisión sanitaria rápida.

Teniendo en cuenta la gran dificultad de implementar una historia clínica informatizada, por la zona en la que se encuentra y la falta de recursos electrónicos, una posible solución sería rellenar exclusivamente la historia clínica o adaptar el formato único de atención (FUA) para que no sea necesario registrar en 3 o 4 FUAs distintos, lo realizado en una misma revisión. Para la implementación de esta propuesta, sería necesario modificar el sistema de registro vigente en Perú y este aspecto queda fuera del ámbito de actuación del trabajo. Además, se trata de un tema que no depende de los profesionales sanitarios.

Una fortaleza del sistema peruano es la gran importancia que se da a la *captación de padres*, llevando un estricto control de los niños que deben acudir cada día a consulta y presentándose el propio profesional sanitario en sus domicilios en el caso de que no asistan a las revisiones.

En Navarra, tras realizar una búsqueda de lo publicado acerca de la asistencia de los niños a las revisiones sanitarias, no se ha encontrado ninguna información al respecto. Por lo tanto, sería interesante realizar un estudio en Navarra para valorar el porcentaje de padres que no acuden con sus hijos a revisión y si fuese necesario, tener en cuenta la captación de padres como una opción para mejorar los resultados. Hoy en día, el porcentaje de población inmigrante es elevada, llegando al 9,3% de la población navarra⁴² y muchas veces es difícil que estos pacientes acudan a los exámenes de salud. Por ello y dependiendo de la necesidad, sería interesante llevar un control más estricto sobre qué padres acuden con sus hijos a las revisiones y quienes no, y en el caso de que no asistan, los profesionales sanitarios deberían ponerse en contacto con ellos e incluso, como se realiza en Perú, presentarse en sus domicilios.

7 CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados al inicio de trabajo, podemos concluir que:

- Se ha constatado, tras la revisión bibliográfica, que ambos programas de actuación se enmarcan dentro de dos situaciones socio-sanitarias distintas, guiando la forma de actuar de los establecimientos de salud.
- En base al análisis de las guías seleccionadas, se han detectado diferencias entre la atención prestada en Churcampá y Navarra. Por ello, se observan variaciones al realizar las siguientes actividades:
 - Número de registros: más numerosos en Perú.
 - Visita domiciliaria: no contemplada en Navarra.
 - Captación de padres: no se lleva a cabo en Navarra.
 - Labor de enfermería: principal responsable de la revisión al niño sano en Perú.
 - Número de controles: mayor cantidad de revisiones en Perú.
 - Actividades a desarrollar en cada revisión (vacunación, suplementación, tamizaje de violencia y prevención): según el país y la situación socio-económica. Suplementación y tamizaje de violencia se realiza en Churcampá y prevención se trabaja en Navarra. Las vacunas varían dependiendo del país.
 - Enfermedades prevalentes: distintas en Perú y Navarra.
 - Ambiente: necesidad de adaptarlo a la cultura en la zona andina de Perú.
- Con la información aportada, se han analizado las fortalezas de ambos programas y se ha realizado una propuesta de mejora basada en prevención, registros y captación de padres.

8 AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Pública de Navarra y a la sección de relaciones internacionales y cooperación, por la beca de estancia de tres meses en Perú.

A MedicusMundi Navarra, por la oportunidad brindada y el trato recibido en Pamplona, Lima y Churcampa, así como al Centro de Salud de Churcampa, por permitirme realizar prácticas de enfermería.

A María Dolores Redín, por ayudarme y guiarme en la elaboración del trabajo.

9 BIBLIOGRAFÍA

1. Gobierno regional Huancavelica. Normas técnicas CRED- Churcampa. Ministerio de Salud. Perú; 2010.
2. Martin Zurro A, Cano Pérez J.F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Volumen I. Elsevier. Madrid; 2003
3. Ministerio de Salud Perú, MedicusMundi Navarra y Salud Sin Limites Perú. Primeros avances de la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en la provincia de Churcampa, Huancavelica- Perú. Lima; 2013. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.saludintegralincluyente.com/ftp/saludintegralincluyente/DOCUMENTOS/PDF/Salud%20Integral%20Incluyente%20-%20Primeros%20avances%20en%20Churcampa.pdf>
4. Provincia de Churcampa. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.huancavelica.com/provincias/churcampa>
5. Dirección regional de salud Huancavelica. Análisis de situación de salud de Huancavelica. Ministerio de Salud de Perú; 2009. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Huancavelica/Huancavelica2009.pdf>
6. Economía de Huancavelica. Huancavelica Perú. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.huancavelica.org/economia>
7. Instituto Nacional de Estadística e Información. Ingreso real promedio per-cápita según ámbito geográfico, quintiles y departamentos, Perú; 2007-2011. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/estadisticas/pol_econ/cuadro48.xls
8. Instituto Nacional de Estadística e Información. Indicadores de género. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/>
9. Instituto Nacional de Estadística e Información. Tasa de alfabetismo. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1150/cap06.pdf
10. Instituto Nacional de Estadística e Información. Esperanza de vida. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/buscador/?tbusqueda=esperanza+de+vida>

11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Extremos pobres. Perú. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/pobreza_nota_prensa_067_2_013_inei_1.pdf

12. Instituto Nacional de Estadística e Información. Estado de la población peruana 2014. Perú [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1_157/libro.pdf

13. Ministerio de Salud. Documento técnico. Análisis de situación de salud de las y los adolescentes. Ubicándolos y Ubicándonos. Perú; 2009. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud%20de%20las%20y%20los%20Adolescentes%20Ubic%C3%A1ndolos%20y%20Ubic%C3%A1ndonos.pdf>

14. Dirección general de epidemiología. Monitoreo de determinantes sociales de la salud. Ministerio de Salud. Perú [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://190.116.28.44/determinantes/desnutricion>

15. Grupo directivo: inversión en la infancia. Documento de investigación sobre la desnutrición infantil crónica. Instituto de investigación y políticas educativas. Perú; 2012. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje1/documento-tecnico/InfobarometroPrimerInfancia2012.pdf>

16. Gerencia Regional de Desarrollo Social. Plan regional contra la violencia hacia la mujer Huancavelica 2010-2016. Gobierno Regional Huancavelica; 2012. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.womankind.org.uk/wp-content/uploads/downloads/2013/06/Plan-Regional-contra-la-Violencia-hacia-la-Mujer-Huancavelica-2010-2016.pdf>

17. Dirección general de Salud de las Personas. Dirección ejecutiva de Servicios de Salud. Norma Técnica. Categorías de establecimientos de Sector Salud. Ministerio de Salud. Perú; 2004. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf

18. Instituto Nacional de Estadística. Producto Interior Bruto Regional. Año 2014. Cuentas de renta del sector hogares. Serie 2010-2012. Contabilidad Regional de España. Base 2010. [Nota de prensa en Internet] 27 de Marzo de 2015. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np901.pdf>

19. Instituto Nacional de Estadística. Tabla de resultados. Renta per cápita. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en:

- <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t42/p11/l0/&file=11002.px&type=pcaxis&L=0>
20. Consejo económico y social España. Economía, trabajo y sociedad. Memorias sobre la situación socioeconómica y laboral España 2013. Madrid; 2014 [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: http://www.ces.es/documents/10180/1692373/Memoria_2013.pdf
 21. Instituto Nacional de Estadística. Tabla de resultados. Tasa de paro. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735976595
 22. Constitución Española, 1978. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html
 23. Ministerio de educación, cultura y deporte. Datos y cifras, curso escolar 2013/2014. España; 2014. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: http://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/indicadores-publicaciones-sintesis/datos-cifras/Datos-y-Cifras-2013-2014-LR/Datos%20y%20Cifras%202013-2014_final.pdf
 24. Instituto vasco de evaluación e investigación educativa. Abandono escolar prematuro. Gobierno Vasco. Bilbao; Diciembre 2013. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: http://www.isei-ivei.net/cast/sviec/doc2013/resultados/post/Rs5_cas.pdf
 25. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
 26. Instituto de estadística de Cataluña. Esperanza de vida al nacer. Por sexo. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8717&lang=es&dt=201200&x=3&y=3>
 27. Universitat Autònoma de Barcelona y Fundació Josep Laporte. El Sistema Nacional de Salud (SNS). Estructura de la asistencia sanitaria. Actualizado: 30 de Septiembre del 2012. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.mapasanitario.org/2/index.php?secc=9#contingut>
 28. Ministerio de salud, servicios sociales e igualdad. Prestaciones y centros sanitarios. Actualizado a 31 de diciembre de 2014. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/introduccion.htm>

29. Servicio Navarro de Salud. “Atención a la población infantil y adolescente” en Atención Primaria. Guía de actuación. Pamplona; Septiembre de 2000.
30. Gobierno regional de Huancavelica. Historia clínica de la niña y el niño. Ministerio de Salud, Perú; 2010.
31. Gobierno regional de Huancavelica. Formato Único de Atención (FUA)Ministerio de Salud, Perú; 2010.
32. Gobierno regional de Huancavelica. Sistema de información del estado nutricional. Formato de registro diario del niño menor de 5 años. Ministerio de Salud. Perú; 2010.
33. Gobierno regional de Huancavelica. Carné de atención integral de salud. Ministerio de Salud. Perú; 2010.
34. Servicio Navarro de Salud. Asociación española de pediatría. Cartilla de Salud, infancia y adolescencia. Revisado, 2012.
35. Comisión científico técnico de atención primaria de la Comunidad de Madrid. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Plan de mejora de atención primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid; Enero 2009 [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPapel+Enfermer%C3%ADa+OK.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220445005584&ssbinary=true>
36. Departamento de Salud. Informe-coloquio sobre “Un horizonte optimista en la salud infantil”. Gobierno de Navarra. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/7B0F2F24-F733-4DA2-8591-B656819A3F25/100711/DesayunosSaludInforme.doc>
37. Asociación española de vacunología. Calendario vacunación Navarra. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.vacunas.org/es/tags/calendario-vacunaci%C3%B3n-navarra>
38. Gobierno regional Huancavelica. Operativización de la atención integral del niño y niña menor de 11 años en la región de Huancavelica. Directiva Sanitaria. Ministerio de Salud, Perú, 2013.
39. Colegio Oficial de odontólogos y estomatólogos de Navarra. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: <http://www.colegiodentistasnavarra.es/preguntas.php?pagina=4>

40. BrasiMarquillas J, de la Flor i Brú J.E. Pediatría en atención primaria. 3ª edición. Elsevier. Barcelona; 2013.
41. Asociación española de pediatría de atención primaria. Programa de Formación. Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria. Junio 2011. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: http://www.aepap.org/docencia/programa_formacion_AEPap.pdf
42. Departamento de políticas sociales. Población inmigrante. Gobierno de Navarra. [Fecha de acceso: Mayo 2015] Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Asuntos+Sociales+Familia+Juventud+y+Deporte/Organigrama/Estructura+Organica/Oficina+Atencion+a+la+Inmigracion/Los+nuevos+navarros/

10. ANEXOS

Historia clínica Perú

[illegible]

Anexo N° 1

Formato de historia clínica de la niña y el niño




PSRU		Ministerio de Salud		1					
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD									
N° de Historia Clínica				Código Afiliación SIS u otro Seguro :					
Apellidos						CUR/DNI			
Nombres						Sexo:	M	F	F. de Nac.
Dirección / Referencia									
Madre, Padre o adulto responsable del cuidado del niño						Edad	DNI		
Problemas y Necesidades									
N°	Prestaciones de salud	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	Atención del recién nacido								
2	Control de Crecimiento y desarrollo del niño								
3	Administración de Micro nutrientes (suplemento)								
	Hierro								
	Vitamina "A"								
	Otros								
4	Sesión de estimulación temprana								
5	Consejería Nutricional								
6	Administración de vacuna								
7	Detección, Dx y Tto de:								
	Anemia								
	Parasitosis								
8	Salud Bucal								
	Atención odontológica								
	Aplicación de barnices y/o sellantes								
	Tto. Recuperativo (obturac. y/o exodoncia)								
9	Visita Familiar Integral								
10	Atención de patologías prevalentes								
11	Sesiones educativas								
12	Sesiones demostrativas								
13	Otros								


CONSULTA									
Fecha:		Hora:		Edad:		IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO			
Descarte de signos de peligro (marcar los hallazgos) Menor de 2 meses: No quiere mamar ni succión Convulsiones Fontanela abombada Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel Fiebre o temperatura baja Rigidez de nuca Pusulas muchas y extensas Letárgico o comatoso		DE 2 MESES A 4 AÑOS: No puede beber o tomar el pecho Convulsiones Letárgico o comatoso Vomita todo Estorcer en regazo / traje subcostal		PARA TODAS LAS EDADES: Eructación visible grave Piel vuelve muy lentamente Traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intensa		<input type="checkbox"/> Quién cuida al niño? <input type="checkbox"/> Participa el padre en el cuidado del niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El niño recibe muestras de afecto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
				No presenta signos <input type="checkbox"/>					
ANAMNESIS									
1. Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad:		Forma de inicio:		Curso:					
Signos Vitales		TA	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC	
Examen físico									
Diagnóstico		1. Diagnóstico Nosológico o Síndromico			2. Condición del crecimiento y estado Nutricional			3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor	
		1. _____ 2. _____ 3. _____			Crecimiento adecuado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Crecimiento inadecuado <input type="checkbox"/> Riesgo de trastorno del desarrollo <input type="checkbox"/> Riesgo Nutricional <input type="checkbox"/> Deficiencia de desarrollo según PB <input type="checkbox"/> Ganancia inadecuada de peso o talla <input type="checkbox"/> Trastorno del Desarrollo <input type="checkbox"/> P/E T/E P/T Observaciones: _____				
		4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.							
Tratamiento		1. _____			Azueros y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño				
		2. _____							
		3. _____							
Enfermedades Auxiliares		Referencia (lugar y motivo)							
Proxima cita:		Atendido por:							
Observación:		Firma y Sello			Colegio profesional (CMI)				

CONSULTA									
Fecha:		Hora:		Edad:		IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO			
Descarte de signos de peligro (marcar los hallazgos) Menor de 2 meses: No quiere mamar ni succión Convulsiones Fontanela abombada Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel Fiebre o temperatura baja Rigidez de nuca Pusulas muchas y extensas Letárgico o comatoso		DE 2 MESES A 4 AÑOS: No puede beber o tomar el pecho Convulsiones Letárgico o comatoso Vomita todo Estorcer en regazo / traje subcostal		PARA TODAS LAS EDADES: Eructación visible grave Piel vuelve muy lentamente Traumatismo / Quemaduras Envenenamiento Palidez palmar intensa		<input type="checkbox"/> Quién cuida al niño? <input type="checkbox"/> Participa el padre en el cuidado del niño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> El niño recibe muestras de afecto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
				No presenta signos <input type="checkbox"/>					
ANAMNESIS									
1. Motivo de consulta:									
Tiempo de enfermedad:		Forma de inicio:		Curso:					
Signos Vitales		TA	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC	
Examen físico									
Diagnóstico		1. Diagnóstico Nosológico o Síndromico			2. Condición del crecimiento y estado Nutricional			3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor	
		1. _____ 2. _____ 3. _____			Crecimiento adecuado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Crecimiento inadecuado <input type="checkbox"/> Riesgo de trastorno del desarrollo <input type="checkbox"/> Riesgo Nutricional <input type="checkbox"/> Deficiencia de desarrollo según PB <input type="checkbox"/> Ganancia inadecuada de peso o talla <input type="checkbox"/> Trastorno del Desarrollo <input type="checkbox"/> P/E T/E P/T Observaciones: _____				
		4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo.							
Tratamiento		1. _____			Azueros y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño				
		2. _____							
		3. _____							
Enfermedades Auxiliares		Referencia (lugar y motivo)							
Proxima cita:		Atendido por:							
Observación:		Firma y Sello			Colegio profesional (CMI)				
Nº DE HISTORIA CLÍNICA									

FUA (Formato único de atención)




SEGURO INTEGRAL DE SALUD
UNIDAD DE SEGUROS PÚBLICOS Y PRIVADOS
C/005-CHUSCAPA 014



PERU
Ministerio de Salud
FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA

Sonochi parte del



CÓDIGO DE ES / EQUIPO ASIST

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O EQUIPO ASIST QUE REALIZA LA ATENCION

RECONSIDERACIÓN (*)

COMPONENTE

SUBSCRIBIDO

SIN SUBSCRIBIDO

CONTRIBUTIVO

TIPO FORMATO AFILIACIÓN

AFIL. INS

AFIL. LPS

CONVENIO

CÓDIGO AFILIACIÓN / INSCRIPCIÓN / CONVENIO

DISA

NÚMERO

IDENTIFICACIÓN

TD

Nº DOCUMENTO

CÓDIGO DE AFILIACIÓN DE SEGURO (*)

INSTITUCIÓN

CÓD. SEGURO

APELLIDO PATERNO

PRIMER NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

DIA MES AÑO

SEXO

MASCULINO

FEMENINO

ATENCIÓN

AMBULATORIA

REFERENCIA

EMERGENCIA

FECHA DE ATENCIÓN

DIA MES AÑO

HORA

LUGAR DE ATENCIÓN

INTRAMURAL

EXTRAMURAL

PERSONAL QUE ATIENDE

D.E. ESTABLECIMIENTO

FIRMA DEL EQ. ASIST.

APELLIDO MATERNO

OTROS NOMBRES

CONCEPTO PRESTACIONAL

ATENCIÓN DIRECTA

PARITARIAS ALTO COSTO

EMERGENCIA

CASO ESPECIAL

SEPELIDO

TRASLADO

FECHA DE PARTO

DIA MES AÑO

GESTANTE

PÚERPERA

Nº DE HISTORIA CLÍNICA

RECONSIDERACIÓN (*)

RECONSIDERACIÓN

CÓDIGO DE PRESTACIÓN

CÓDIGO ES/ EQ. ASIST

NOMBRE DEL ES/ EQUIPO ASIST QUE REFIRIO AL PACIENTE

Nº HISTORIA DEL PACIENTE

SERVICIOS PREVENTIVOS

001 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 15 a 45 años)

002 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 46 a 65 años)

003 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 66 a 75 años)

004 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 76 a 85 años)

005 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 86 a 95 años)

006 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 96 a 105 años)

007 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 106 a 115 años)

008 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 116 a 125 años)

009 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 126 a 135 años)

010 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 136 a 145 años)

011 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 146 a 155 años)

012 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 156 a 165 años)

013 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 166 a 175 años)

014 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 176 a 185 años)

015 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 186 a 195 años)

016 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 196 a 205 años)

017 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 206 a 215 años)

018 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 216 a 225 años)

019 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 226 a 235 años)

020 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 236 a 245 años)

021 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 246 a 255 años)

022 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 256 a 265 años)

023 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 266 a 275 años)

024 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 276 a 285 años)

025 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 286 a 295 años)

026 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 296 a 305 años)

027 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 306 a 315 años)

028 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 316 a 325 años)

029 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 326 a 335 años)

030 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 336 a 345 años)

031 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 346 a 355 años)

032 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 356 a 365 años)

033 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 366 a 375 años)

034 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 376 a 385 años)

035 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 386 a 395 años)

036 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 396 a 405 años)

037 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 406 a 415 años)

038 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 416 a 425 años)

039 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 426 a 435 años)

040 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 436 a 445 años)

041 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 446 a 455 años)

042 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 456 a 465 años)

043 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 466 a 475 años)

044 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 476 a 485 años)

045 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 486 a 495 años)

046 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 496 a 505 años)

047 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 506 a 515 años)

048 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 516 a 525 años)

049 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 526 a 535 años)

050 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 536 a 545 años)

051 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 546 a 555 años)

052 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 556 a 565 años)

053 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 566 a 575 años)

054 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 576 a 585 años)

055 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 586 a 595 años)

056 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 596 a 605 años)

057 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 606 a 615 años)

058 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 616 a 625 años)

059 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 626 a 635 años)

060 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 636 a 645 años)

061 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 646 a 655 años)

062 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 656 a 665 años)

063 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 666 a 675 años)

064 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 676 a 685 años)

065 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 686 a 695 años)

066 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 696 a 705 años)

067 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 706 a 715 años)

068 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 716 a 725 años)

069 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 726 a 735 años)

070 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 736 a 745 años)

071 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 746 a 755 años)

072 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 756 a 765 años)

073 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 766 a 775 años)

074 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 776 a 785 años)

075 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 786 a 795 años)

076 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Mujeres de 796 a 805 años)

077 EXAMEN DE TRIPLA Y CUATRO (Muj

Nota: Sólo se registrará la primera vez de cada niño en el mes.

[illegible]

DISCUSSION








RESPONSABLE DEL REGISTRO

THE CHINA BANK (UK) LTD.

Abstract

NOT FOR CIRCULATION

Cartilla niña y niño

     		CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA	
N° HC:		N° Carpeta FAM:	
Cod. de Afiliación:			
Fecha de Nacimiento:		CUI/DNI:	
Nombres y Apellidos.-			
- De la Niña:			
- De la Madre:		DNI:	
- Del Padre:		DNI:	
Dirección:			
E-mail:		Teléfono:	
Establecimiento:			
Programa de Apoyo Social:			
		CITA	
VACUNACIÓN (Anotar Fechas):			
Tuberculosis (BCG): (Recién Nacido)			
Antihepatitis (HvB): (Recién Nacido)			
Antipolio : (OPV ó IPV*) *Condición Especial Fechas de las próximas dosis:			
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)	
Pentavalente: (DPT + Hib + HvB) Fechas de las próximas dosis:			
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)	
Neumococo: menor de 1 año 1 año Fechas de las próximas dosis:			
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (12 meses)	
Rotavirus: Fechas de las próximas dosis:			
1ra (2 meses)	2da (4 meses)		
Influenza: 1er Año Fechas de las próximas dosis:			
1ra (7 meses)	2da (8 meses)		
Sarampión, Rubéola y Paperas (SPR): 12 Meses		Antiamarílica: 15 Meses	
1er Refuerzo DPT + Hib (18 meses ó 1 año después de la Pentavalente)		2do Refuerzo DaPT (4 años) Refuerzo SPR (4 años)	
SOLO CON TU DNI TE ATENDERÁN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD LA VACUNA ES TODO EL AÑO Y ES GRATUITA			



Ministerio de Salud

**CARNÉ DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE
SALUD DEL NIÑO**

N° HC:	N° Carpeta FAM:
Cod. de Afiliación:	
Fecha de Nacimiento:	CUI/DNI:
Nombres y Apellidos:-	
- Del Niño:	
- De la Madre:	DNI:
- Del Padre:	DNI:
Dirección:	
E-mail:	Teléfono:
Establecimiento:	
Programa de Apoyo Social:	

**CITA****VACUNACIÓN (Anotar Fechas):**

Tuberculosis (BCG): (Recién Nacido)		
Antihepatitis (HvB): (Recién Nacido)		
Antipolio : (OPV ó IPV*) *Condición Especial		
Fechas de las próximas dosis: / /		
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)
Pentavalente: (DPT + Hib + HvB)		
Fechas de las próximas dosis: / /		
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)
Neumococo: menor de 1 año 1 año		
Fechas de las próximas dosis: / /		
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (12 meses)
Rotavirus:		
Fechas de las próximas dosis: / /		
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	
Influenza: 1er Año		
Fechas de las próximas dosis: / /		
1ra (7 meses)	2da (8 meses)	
Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR):		Antiamarílica:
12 Meses		15 Meses
1er Refuerzo DPT + Hib (18 meses ó 1 año después de la Pentavalente)		2do. Refuerzo DaPT (4 años) Refuerzo SPR (4 años)

SOLO CON TU DNI TE ATENDERÁN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
LA VACUNA ES TODO EL AÑO Y ES GRATUITA

ANEXO V

Ficha de tamizaje violencia y maltrato infantil

Anexo N° 7

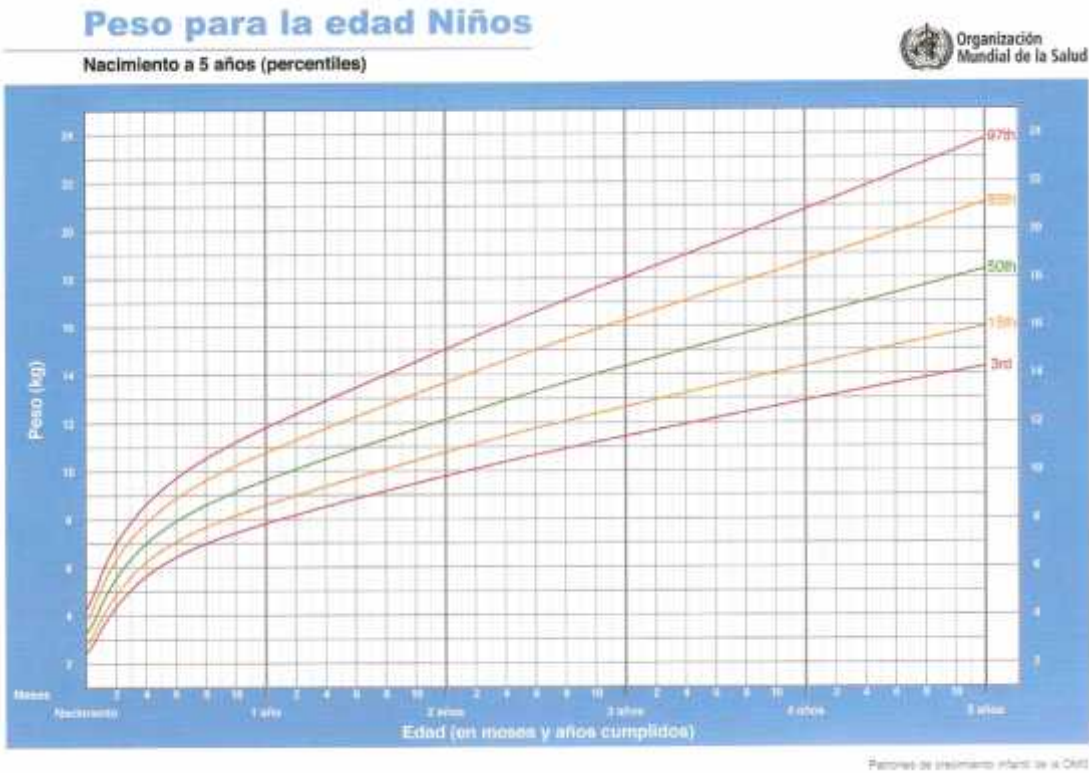
FICHA DE TAMIZAJE VIOLENCIA Y MALTRATO INFANTIL

Lea al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña.		
Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, estamos preguntando a las personas, en todas las oportunidades de contacto, si están en esta situación, para participar con ellos en la solución de sus problemas, por favor conteste a la preguntas:		
Pregunte:		
Al adulto (s)		
¿Alguna vez algún miembro de su familia lo insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?	Si No	<input type="checkbox"/>
¿Quién?		
Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña		
¿Su hijo es muy desobediente?	Si	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	No	<input type="checkbox"/>
Marque con aspa (x), todos los indicadores de maltrato que observe en el niño o niña:		
Físico Hematomas, contusiones inexplicables Cicatrices, quemaduras Fracturas inexplicables. Marcas de mordeduras Lesiones de perineo, vulva, recto etc. Laceraciones en boca, mejillas, ojos etc. Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupciones del sueño) Problemas con el apetito Enuresis (niños)	Llanto frecuente Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. Demanda excesiva de atención Mucha agresividad o mucha pasividad frente a otros niños. Tartamudeo Temor a los padres o de llegar al hogar. Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. Ausentismo escolar. Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde. Bajo rendimiento académico. Aislamiento de personas. Intento de suicidio	Sexuales Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños). Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital. Enfermedad de transmisión sexual. Negligencia Falta de peso o pobre patrón de crecimiento. No vacunas o atención de salud. Accidentes o enfermedades muy frecuentes. Descuido en higiene o aseo. Falta de estimulación del desarrollo fatiga, sueño, hambre

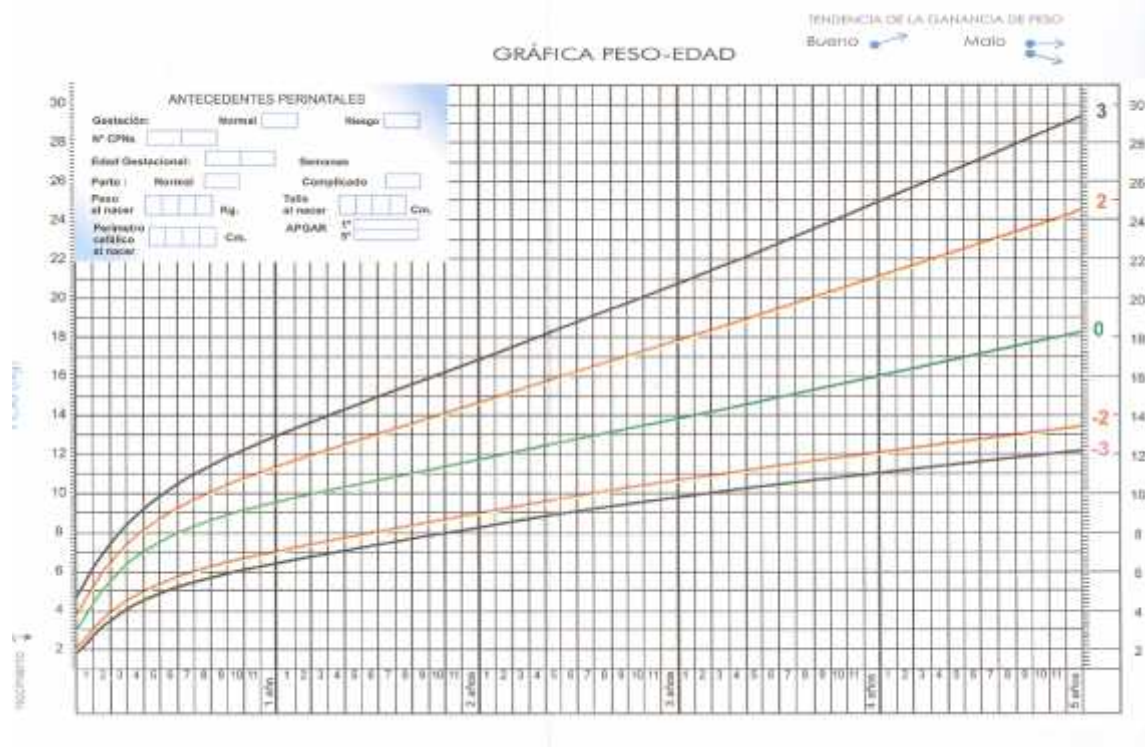
Adaptado de "Normas y Procedimientos para la Atención a la Violencia y el Maltrato Infantil" - MINSA- 2000.

ANEXO VI

Curvas de crecimiento del niño menor de 5 años en Navarra



Curvas de crecimiento del niño menor de 5 años en Churcampá



Folleto "Prevención de la anemia"

Alimentos Amigos del Hierro

Junto con las comidas debes comer también verduras, cocidas o crudas, sobre todo de colores fuertes: verdes, o amarillos y frutas cítricas porque tienen vitaminas que ayudan a absorber el hierro

Alimentos que previenen y evitan la anemia

Pescado

Bazo, Hígado, Bife y todas las vísceras rojas

Sangrecita de pollo

Mollejas, Corazón, Relleno

Carne de res

Menestres (lentejas, habas, arvejas, garbanzo, frijoles, soya, pollos)

Alimentos Formadores

Ayudan formar tu cuerpo y tu sangre y deben de consumirse para ayudar a prevenir la anemia

HUEVO, QUESO, LECHE, YOGURT, POLLO, MONDONGO, QUINUA CAÑHUA, KENTZCHA

Alimentos Enemigos del Hierro

Bebidas y alimentos que aumentan la anemia:
NO DEBEMOS consumirlos junto al almuerzo o cena

Gaseosas

Café

Té y MATES (infusiones de hierbas)

Cocoa y Chocolate

Folleto “Prevención de accidentes en el hogar”

Aprender a prevenir accidentes en el hogar

Los accidentes más comunes son:

1. Caídas
2. Intoxicaciones
3. Quemaduras
4. Asfixia
5. Cortes

Durante los primeros años, la seguridad de los niños depende de los padres por lo que NUNCA HAY QUE DEJARLOS SOLOS.

En caso de accidente:

¡Apúrate! Acude al establecimiento de Salud más cercano o llame a:

- Bomberos: **116**
- Atención médica urgente: **117**
- Policía: **105**

Ministerio de Salud
Perú

**ACCIDENTES EN EL HOGAR
¡APRENDE A PREVENIRLOS!**

APRENDER A PREVENIR ACCIDENTES EN EL HOGAR ES VITAL

1. CAIDAS

Mantener el piso limpio, sin juguetes por el suelo.

Cuidado con las escaleras o al bañarse.
El calzado debe ser ajustado



2. INTOXICACIONES

Guardar los medicamentos y productos de limpieza lejos del niño.

Deben estar lejos del fuego



3. QUEMADURAS

Tapar la olla para evitar salpicaduras al cocinar.

Intentar alejar a los niños de la cocina



4. ASFIXIA

Evitar que los niños jueguen con objetos pequeños y que se los lleven a la boca.

Siempre deben dormir boca arriba



5. CORTES

Objetos cortantes (cuchillo, tijeras) lejos del niño!

Nunca deben jugar con ellos.



EN EL HOGAR HAY
MÁS POSIBILIDADES
DE ACCIDENTES Y POR
ELLO:
¡APRENDE A PREVENIRLOS PARA QUE TU NIÑO CREZCA BIEN!

ANEXO IX

Autorización Churcampa (Perú)

CHURCAMPÁ 01/09/2014

AUTORIZO A MAITANE LOPEZ TELLERIA CON DNI Y A IRANZU ECHARTE
RIPA CON DNI A UTILIZAR IMÁGENES DEL CENTRO DE SALUD CHURCAMPÁ
(PERÚ) EN SU TRABAJO FIN DE GRADO PARA EL CURSO 2014-2015.

NOMBRE Y FIRMA

 *[Firma]*
Dra. Rosa Martínez Cardón
JEFE DE LA MICRO RED
CHURCAMPÁ